
BACHELORARBEIT

Alina Varaksin

**Neue Konzepte im Hinblick auf
die Demenzerkrankung im
stationären Bereich**

2017

BACHELORARBEIT

Neue Konzepte im Hinblick auf die Demenzerkrankung im stationären Bereich

Autor/in:

Alina Varaksin

Studiengang:

Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:

GM14P4-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. Volker-Jeske Kreyher

Zweitprüfer:

Michael Scheidel

Einreichung:

Mannheim, 05.06.2017

BACHELOR THESIS

New concepts regarding to dementia disease in the stationary area

author:

Alina Varaksin

course of studies:

Health Management

seminar group:

GM14P4-B

first examiner:

Prof. Dr. Volker-Jeske Kreyher

second examiner:

Michael Scheidel

submission:

Mannheim, June 5th, 2017

Bibliografische Angaben

Varaksin, Alina:

Neue Konzepte im Hinblick auf die Demenzerkrankung im stationären Bereich

New concepts regarding to dementia disease in the stationary area

42 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2017

Abstract

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist das Thema Demenz in stationären Einrichtungen zu erläutern und Konzepte im Hinblick auf die Demenzerkrankung zu untersuchen. Zunächst wird der demografische Wandel beschrieben, daraufhin wie dieser sich auf die Pflegebranche auswirkt. Anschließend wird die Demenz mit allen relevanten Bereichen erläutert. Weiterführend wird auf die Demenzerkrankungen im stationären Bereich eingegangen. Im Anschluss werden neue Konzepte in Alten- und Pflegeheimen anhand eines Praxisbeispiels vorgestellt. Abschließend werden Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen zum Thema Demenz im stationären Bereich angeführt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Demografischer Wandel - eine älter werdende Gesellschaft... ..	3
2.1 Allgemeine Eckdaten.....	3
2.2 Entwicklung der Altersstruktur	4
3 Wirtschaftliche Bedeutung des demografischen Wandels	7
3.1 Auswirkungen auf die Pflegeökonomie.....	7
3.2 Rolle der Alten- und Pflegeheime in der Wirtschaft	9
3.3 Pflegemanagement	10
4 Demenz als Alters und Volkskrankheit.....	12
4.1 Demenz Definition.....	12
4.2 Differenzierung zwischen Demenz und anderen Hirnerkrankungen	12
4.3 Epidemiologie	13
4.4 Demenzformen	15
4.4.1 Die Alzheimer-Demenz	16
4.4.2 Die Multi-Infarkt-Demenz.....	17
4.5 Ursachen und Risikofaktoren	18
4.6 Hilfen für Demenzkranke und pflegende Angehörige	19
5 Demenz im stationären Bereich	20
5.1 Demenz im Alten- und Pflegeheim	20
5.2 Versorgungsproblematik	23
5.3 Medizinische Behandlungen	24
5.3.1 Medikamentöse Therapien - Pharmakotherapie	24
5.3.2 Nicht-medikamentöse Therapien.....	25

5.4	Soziale Behandlung	27
6	Neue Konzepte im stationären Bereich..	29
6.1	Standards in Alten- und Pflegeheimen	29
6.2	Konzepte bei der Behandlung von Demenz	30
6.3	Neue Konzepte im Alten- und Pflegeheim anhand des Praxisbeispiels der Senioren-Residenz Uelzen.....	32
7	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für neue Konzepte in Bezug auf die Demenzerkrankung in Alten- und Pflegeheimen.....	34
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	37
	Eigenständigkeitserklärung	IX

Abkürzungsverzeichnis

AD	Alzheimer Krankheit
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Organisation for Economic Co-operation and Development
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MID	Multi-Infarkt- Demenz
TIA	transitorische ischämische Attacken
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungszahl von 1950 bis 2060	4
Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland von 1910 bis 2060.....	5
Abbildung 3: Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2015 (in 1.000).....	8
Abbildung 4: Demenzdiagnostik	13
Abbildung 5: Prävalenz der Alzheimer Erkrankung.....	14
Abbildung 6: Schweregrade der Demenz	16
Abbildung 7: Diagnostik MID	17
Abbildung 8: Risikofaktoren Demenz.....	18
Abbildung 9: Hilfen für Demente und Angehörige.....	19
Abbildung 10: Vor- und Nachteile integrativer und segregativer Wohnkonzepte.....	21
Abbildung 11: Konzeption.....	30
Abbildung 12: Handlungsempfehlungen für Demenzkonzepte	36

1 Einleitung

Das Thema Demenz rückt in der heutigen Gesellschaft zunehmend in den Vordergrund. In Deutschland leiden zurzeit 1,6 Millionen Menschen an einer Demenz. Da die Erkrankungsrate mit fortschreitendem Alter steigt, werden infolge des demografischen Wandels jährlich 300.000 Neuerkrankungen gezählt, was zur Folge hat, dass stetig mehr Menschen pflegebedürftig werden (vgl. Bickel 2016, 1). Zwar geht der Trend in Deutschland in Richtung ambulante Dienste und Pflege durch Angehörige, da die Menschen zum einen bis ins hohe Alter möglichst selbstständig bleiben möchten und ihren gewohnten Lebensstil beibehalten wollen (vgl. Art der Versorgung 2017). Zum anderen spielt die Altersarmut eine große Rolle, da sich die Angehörigen eine Unterbringung der Erkrankten im Heim nur schwerlich leisten können (Lejeune/Romeu Gordo/ Simonson 2017, 98). Dennoch arbeitet die Krankheit Demenz gegen diesen Trend. Es wird versucht, die Pflegebedürftigen so lange wie möglich zu Hause zu pflegen, doch im Laufe der Erkrankung ist der Schritt ins Alten- und Pflegeheim für die meisten unabdingbar. Dies hängt oft damit zusammen, dass die meisten Angehörigen besonders im späten Stadium der Demenz überfordert sind. So ist es nicht verwunderlich, dass 60 % aller Alten- und Pflegeheimbewohner an Demenz erkrankte Menschen sind. Schlussfolgernd ist der häufigste Grund für eine stationäre Einweisung in ein Heim eine Demenzerkrankung (vgl. Heeg/ Bäuerle 2012, 14). Durch die zunehmende Bedeutung der professionellen Pflege kranker und älterer Menschen wird die Pflegebranche vor eine große Herausforderung gestellt. Aus diesem Grund besteht für stationäre Einrichtungen, die Notwendigkeit, neue Konzepte zu entwickeln, die auf demenzkranke Menschen ausgerichtet sind. In der Medizin gibt es fundamentale Ansätze für solche Konzepte und ebenso für bedarfsgerechte Behandlungsmöglichkeiten, doch leider werden die Bedürfnisse der Demenzkranken oftmals gar nicht wahrgenommen. Dies resultiert sehr häufig aus fehlenden Personalschlüsseln oder auch aus falschen Werten einer Einrichtung.

Aufgrund der aktuellen epidemiologischen Zahlen stellen sich für die vorliegende Arbeit zwei wesentliche Fragen: Wie können Alten- und Pflegeheime mit der Herausforderung, die der demografische Wandel und die steigende Zahl der Demenzerkrankten an sie stellen, zurechtkommen? Was für Behandlungsmöglichkeiten und innovative Konzepte gibt es?

Die vorliegende Bachelorarbeit greift diese Fragen auf und verfolgt das Ziel, auf die Demenzerkrankung als solche einzugehen sowie diese im Alten- und Pflegeheim umfassend

darzustellen, indem alle relevanten Bereiche erläutert werden. Zunächst wird der demografische Wandel in Deutschland beschrieben, da diese Entwicklung zu erheblichen Altersstrukturveränderungen führt. Ebenso wird erörtert, inwiefern der demografische Wandel mit den hohen Zahlen der Demenzerkrankten in Verbindung steht und welchen Herausforderungen die Pflegebranche sich deshalb stellen muss. Des Weiteren wird erwähnt, was für eine Rolle Alten- und Pflegeheime in der heutigen Wirtschaft spielen. Das Thema Demenz wird näher beleuchtet, um grundlegende Informationen zu geben, die für das Verständnis der nachfolgenden Kapitel relevant sind. Um ein Konzept entwickeln zu können, muss ein fundamentales Grundwissen über die Krankheit bestehen. Weiterführend wird auf die Demenz im stationären Bereich eingegangen und darauf, welche Problematik bei der Versorgung Demenzkranker im Alten- und Pflegeheim besteht. Medizinische Behandlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt und auch, wie bedeutend soziale Faktoren bei der Demenzversorgung sind. Diese Faktoren sind wesentlich und zeigen auf, welche Möglichkeiten sich in dieser Hinsicht im Alten- und Pflegeheim bieten. Anschließend wird erläutert, welche Lebensstandards bei dementen Patienten im stationären Bereich zu finden sind. Darauf aufbauend wird ein innovatives Konzept in der Demenzbehandlung anhand eines Praxisbeispiels vorgestellt. Abschließend folgt ein Fazit, und es werden Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen zum Thema Demenz im stationären Bereich angeführt.

2 Demografischer Wandel – älter werdende Gesellschaft

2.1 Allgemeine Eckdaten

Der demografische Wandel definiert die Veränderungen von Bevölkerungsgröße und -struktur. Bei dieser Bevölkerungsentwicklung sind drei wichtige Säulen relevant: die Lebenserwartung, die Geburtenhäufigkeit und die Zu- und Abwanderung im jeweiligen Land (vgl. Göke/Heukel 2013, 2).

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt permanent, was durch verschiedene Faktoren verursacht wird: Die Menschen werden aufgrund des medizinischen Fortschritts immer älter, die Hygienestandards haben sich in den letzten Jahren verschärft, und Forscher entwickeln immer wieder neue Methoden, um die Lebensqualität zu verbessern. Auch im Bereich der Prävention und bei den Arbeitsbedingungen lassen sich deutliche Verbesserungen finden, zudem hat sich die Sterblichkeit nicht nur bei Säuglingen und Kindern verringert, sondern auch im Hinblick auf ältere Generationen (vgl. Göke/Heukel 2013, 29). Nach einer Studie des Statistischen Bundesamts wird in Deutschland im Zeitraum von 2010 bis 2060 das Durchschnittsalter um 10 Jahre steigen. Diese Tatsache hat zur Folge, dass sich die Zahl der 80-Jährigen verdreifachen wird (vgl. Göke/Heukel 2013, 6).

Außerdem ist die sinkende Geburtenrate in Deutschland, eine der Ursachen des demografischen Wandels. Dies ist auf die Individualisierung und Emanzipation zurückzuführen. Die durchschnittliche Geburtenzahl in Deutschland lag im Jahr 1920 über 2, heute ist diese Zahl auf 1,4 gesunken. Daraus lässt sich schließen, dass seit einigen Jahren die Sterberate höher ist, als die Geburtenrate (vgl. Pompe 2013, 15). Diesen Trend kann auch eine steigende Geburtenrate von 1,6 pro Frau nicht mehr stoppen. Im Jahr 2013 wurde die höchste Zahl des Geburtendefizites gemessen und zwar lag das Geburtendefizit im Jahr 2013 bei 212.000. Bis zum Jahr 2050 wird das Geburtendefizit kontinuierlich auf 500.000 steigen (vgl. Pöttsch/Rößger 2015, 17).

Der demografische Wandel ist in Deutschland längst angekommen. Die Bevölkerungszahl wird langfristig weiter abnehmen, da die Zahl der Gestorbenen die Zahl der Geborenen übersteigt. Dieses Defizit können auch die Zuwanderer nicht mehr ausgleichen. Wenn der Rückgang weiter anhält oder sogar weiter zunimmt, könnte sich die Bevölkerungszahl in Deutschland bis zum Jahr 2060 von 80,8 Millionen auf 67,6 Millionen Menschen (kontinuierliche Entwicklung bei schwächerer Zuwanderung) oder 73,1 Millionen Menschen (kontinuierliche Entwicklung bei stärkerer Zuwanderung) verringern (vgl. Pöttsch/Rößger 2015,

6). Die folgende Abbildung verdeutlicht die abfallenden Bevölkerungszahlen bis zum Jahr 2060.

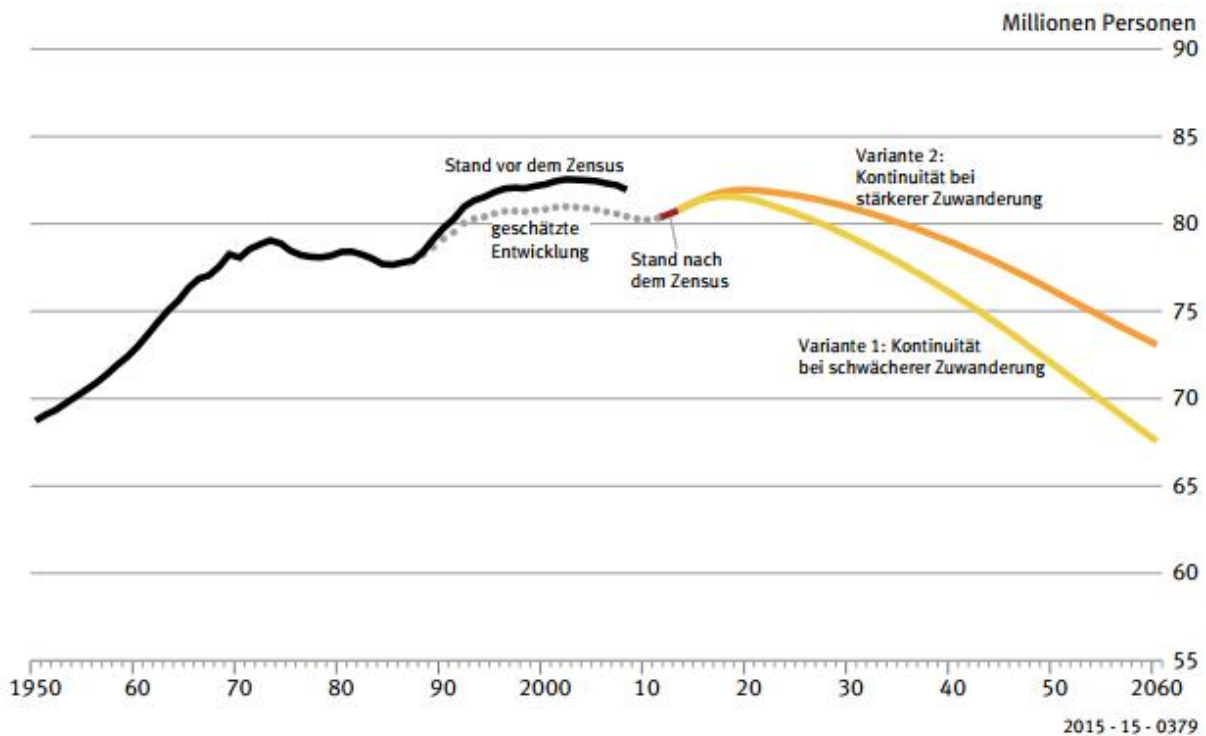


Abbildung 1: Bevölkerungszahl von 1950 bis 2060
(Quelle: Pöttsch/Rößger 2015, 15)

2.2 Entwicklung der Altersstruktur

Im Jahr 1910, war der ursprüngliche Altersaufbau in Form einer Pyramide sichtbar. Die stärksten Jahrgänge bildeten in diesem Jahr die Kinder. Im Gegensatz hierzu, lag der Anteil der älteren Jahrgänge deutlich niedriger. Im Altersaufbau von 1950 zeigen sich deutliche Schwankungen, das haben die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise zu verantworten. Wenn die heutigen Bevölkerungsstrukturen angeschaut werden, weichen diese schon längst von der klassischen Pyramidenform ab (vgl. Pöttsch/Rößger, 17).

Die Entwicklung des demografischen Wandels hat zu einer Verschiebung der Altersstruktur geführt. Das Verhältnis von Jung und Alt war im Jahr 2008 in Deutschland relativ ausgeglichen, denn es lebte prozentual gesehen etwa die gleiche Anzahl an Menschen im Alter von unter 20 Jahren (19 %) wie im Alter von über 65 Jahren (20 %) (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, 5).

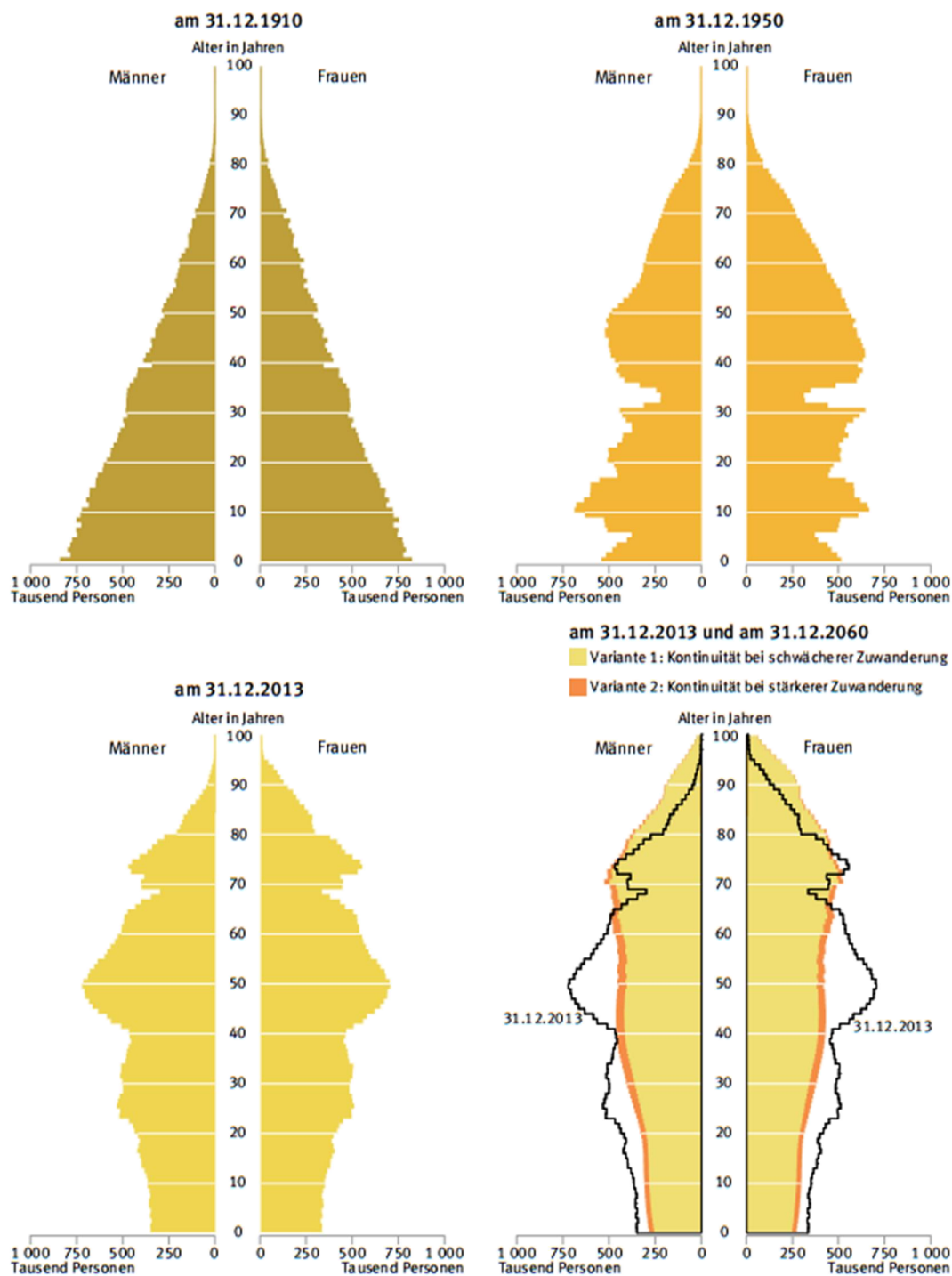


Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland von 1910 bis 2060
(Quelle: Pöttsch/Rößger, 18)

Nach der neuesten Studie des Statistischen Bundesamtes werden sich die Altersstrukturen bis zum Jahr 2060 enorm verschieben. Die prozentuale Anzahl der Menschen unter 20 Jahren sinkt dann auf 16 %, während jeder Dritte (33 %) mindestens 65 Jahre durchlebt. Besonders wird sich die Anzahl der Hochbetagten erhöhen. Es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden (vgl. Pötzsch/Rößger, 17).

Der Anteil der zentralen Bevölkerung (zwischen 20 und 65 Jahren) wird stark abfallen, von etwa 60,6 % im Jahr 2008 auf 51 % im Jahr 2060. Das bedeutet, dass die Zahl der Erwerbstätigen in Deutschland signifikant sinken wird, was die deutsche Wirtschaft vor eine große Herausforderung stellt (vgl. Pötzsch/Rößger 2015, 17).

Deutschland belegt unter den OECD-Staaten den dritten Platz, was die Anzahl der über 80-Jährigen angeht. Diese Zahl wird sich im Zeitraum zwischen 2011 und 2050 verdreifachen und einen Anteil von etwa 15 % an der Gesamtbevölkerung ausmachen. Auf den Plätzen vor Deutschland liegen diesbezüglich Japan und Spanien (vgl. OECD Gesundheitsbericht 2013).

Wenn man diese Zahlen berücksichtigt, wird deutlich, dass in Zukunft die Wirtschaft und vor allem die Pflegebranche vor große Herausforderungen gestellt wird.

3 Wirtschaftliche Bedeutung des demografischen Wandels

3.1 Auswirkungen auf die Pflegeökonomie

Der demografische Wandel in Deutschland beeinflusst praktisch alle Lebensbereiche. Insbesondere sind zahlreiche Wirtschaftsbereiche davon betroffen, deren Struktur sich grundlegend ändern und sich dem demografischen Wandel anpassen muss. Unter Berücksichtigung dieses Aspekts wird deutlich, dass es nicht nur notwendig ist, altersgerechte Wohnungen zu bauen, sondern auch beispielsweise die Portionsgröße bei Lebensmitteln anzupassen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, 6).

Neben der Wirtschaft ist auch die Gesundheitsbranche vom demografischen Wandel betroffen, die in Deutschland einen immer relevanteren Markt darstellt. Der Trend von Vitalität, Wellness und Salutogenese lässt diesen Markt stetig weiter anwachsen (vgl. Braun/Reinersdorff 2007, 233-244). Für diesen Aspekt lassen sich gleich mehrere Gründe anführen: Der moderne Mensch stellt höhere Erwartungen, geht bewusster mit seinen Bedürfnissen um und denkt zukunftsorientierter, wenn es um Entscheidungen geht. Dementsprechend muss sich der Gesundheitsmarkt auf den „informierten Patienten“ durch ein modifiziertes Angebot und ein entsprechendes Verhalten ausrichten (vgl. Kreyher 2001, 20-21).

Das Gesundheitswesen ist überwiegend eine Dienstleistungsbranche. In Deutschland ist die Gesundheitsversorgung einer der bedeutendsten Wirtschaftszweige. Doch die demografische Entwicklung und die daraus resultierenden Pflegebedürftigen, sowie der medizinisch-technische Fortschritt, haben zur Folge, dass die Gesundheitsausgaben auf dem deutschen Gesundheitsmarkt für einen wachsenden Finanzierungsbedarf sorgen. Der Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung, gehört in Deutschland zu den Standards der modernen Gesellschaft. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen, wird anhand der Bedürfnisse der Menschen ermittelt und nicht nach deren Zahlungsfähigkeit. Diese Forderungen, sind nur mit öffentlichen Finanzierungen möglich, da ohne staatliche Unterstützung sich niedrigere Einkommensgruppen die Krankenversicherung nicht leisten könnten. Besonders Ältere, die unter der Altersarmut leiden, könnten keine medizinischen Leistungen beanspruchen. Über 70 % der Gesundheitsausgaben, werden durch Steuern und Sozialabgaben finanziert. Da das Gesundheitswesen, überwiegend durch die Politik

und das Rech gesteuert wird, versucht die Regierung regelmäßig mit neuen Gesundheitsreformen das Gleichgewicht zu erhalten. Doch durch die anhaltende Entwicklung, ist es kaum möglich, das Problem zu lösen (vgl. Reiners 2015, 546-547).

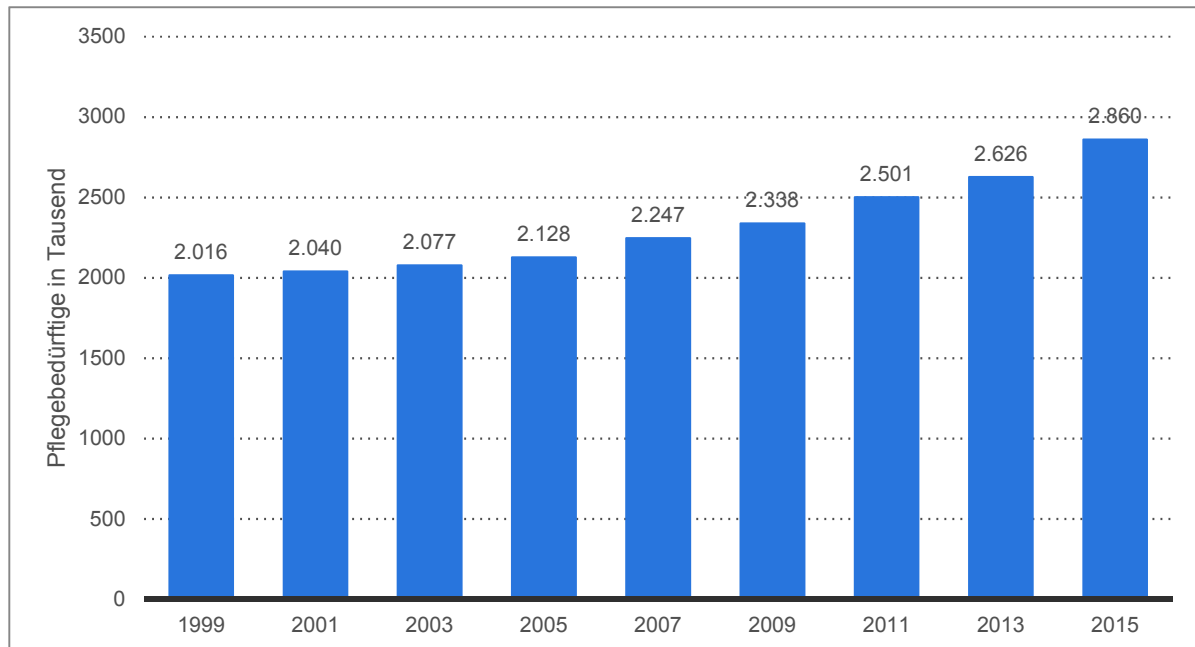


Abbildung 3: Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2015 (in 1.000)
(Quelle: Statista 2017)

Die Statistik verdeutlicht, dass mit zunehmendem Lebensalter der Bevölkerung mehr Menschen pflegebedürftig werden und die Anzahl der Pflegebedürftigen jedes Jahr zunimmt. Der Bedarf an ambulanten und stationären Pflegeplätzen wächst. Bereits im Jahr 2015 wurden 2,8 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland gezählt, das heißt 9 % mehr als im Jahr 2013. Bis zum Jahr 2030 werden zusätzlich 150.000 stationäre Pflegeplätze benötigt. Im Jahr 2012 wurde von der Bundesregierung das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz eingeführt, das einen fundamentalen Baustein für die Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen bildet. Es soll deren Lebensumstände verbessern und die Pflege zu Hause unterstützen. Dieses Gesetz wurde im Jahr 2015, durch die Pflegestärkungsgesetze erweitert. (vgl. Statista 2017; Pflegestärkungsgesetz 2016).

„Pflegebedürftig sind Personen, die nach näherer Bestimmung der folgenden Sätze Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte

Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können“ (Tegtmeier/Schran, 585)

Allerdings wird dies zahlreiche Pflegefachkräfte erfordern, was für die Pflegebranche eine große Herausforderung bedeutet, denn um den vollen Bedarf an Pflegekräften zu decken, werden etwa 146.000 Pflegekräfte benötigt. Auch hier muss dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden. Daneben stellt die Unterbringung der Pflegebedürftigen aufgrund der steigenden Auslastung der stationären Pflegeheime ein Problem dar. Dies erfordert den Ausbau stationärer Einrichtungen (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2017).

3.2 Rolle der Altenheime in der Wirtschaft

Kreyher resümiert, dass durch die demografische Entwicklung Krankheiten, wie zum Beispiel neurodegenerative Erkrankungen, zunehmen. Dies hat wiederum zur Folge, dass auch die medizinischen und pflegerischen Ansprüche wachsen (vgl. Kreyher 2001, 22).

Wie bereits erwähnt, gewinnt der demografische Wandel in unserer Gesellschaft an Bedeutung, und die Anzahl der Pflegebedürftigen steigt. Dies bedeutet, dass der Pflegemarkt in den nächsten Jahren immer weiter zunehmen wird. Das Marktvolumen im Gesundheitssegment betrug im Jahr 2014 im ambulanten und stationären Pflegemarkt rund 42 Milliarden Euro. Somit erreichte dieser grundlegende Pflegemarkt bundesweit den vierten Platz nach Krankenhäusern (85,9 Mrd. Euro), Arztpraxen (50,2 Mrd. Euro) und Apotheken (44,7 Mrd. Euro) (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2017).

Durch die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen, steigt ebenfalls das Angebot. Im Jahr 2009 wurden rund 11.634 Pflegeheime verzeichnet, das sind 31 % mehr als im Jahr 1999. Im Jahr 1999 gab es in Deutschland 8859 Alten- und Pflegeheime. Jährlich werden durchschnittlich 2,8 % neue Markteintritte in diesem Segment verzeichnet (vgl. Memmicken/Augurzy 2013, 198).

In Deutschland gibt es drei verschiedene Trägerarten von Alten- und Pflegeheimen, die entweder als natürliche oder als juristische Person bezeichnet werden (vgl. Träger von Pflegeheimen o. J.).

Im Jahr 2015 waren rund 7.200 der Alten- und Pflegeheime im Besitz von freigemeinnützigen Trägern, die somit den größten Anteil ausmachen. Zu diesen Trägern gehören zunehmend kirchliche Organisationen und Wohlfahrtsverbände, wie z. B. der Deutsche Caritasverband, das Deutsche Rote Kreuz oder das Diakonische Werk. Den zweitgrößten Anteil machen die privaten Träger aus, die im selben Jahr im Besitz von 5.737 Alten- und Pflegeheimen waren (vgl. Pflegestatistik 2017). Bei diesen Trägern handelt es sich entweder um große Pflegeheimketten oder um einzelne Einrichtungen (vgl. Heiden/Meyrahn/Schweitzer 2012, 14; vgl. Träger von Pflegeheimen o. J.). Zu den größten privaten Trägern in Deutschland gehören: die Korian-Gruppe, die Alloheim Senioren-Residenzen GmbH und Pro Seniore. Aufgrund der Einführung der Pflegeversicherung ist damit zu rechnen, dass der Anteil der privaten Träger weiter ansteigt (vgl. Brinkmann 2009). Die öffentlichen Träger belegten 2015 den dritten Platz und machen mit 659 Alten- und Pflegeheimen den geringsten Anteil aus (vgl. Pflegestatistik 2017). Betrieben werden diese Trägerschaften von Kommunen (vgl. Heiden/Meyrahn/Schweitzer 2012, 14).

3.4 Pflegemanagement

In der Pflege alter und kranker Menschen hat sich über die Zeit das Verständnis von Pflege, das damit verbundene Berufsbild, die Abgrenzung von ärztlichen Tätigkeiten und die Organisation der Pflege geändert (vgl. Tegtmeier/Schran 2015, 578). Das Pflegemanagement in Alten- und Pflegeheimen, kann mit dem üblichen Management in Unternehmen gleichgestellt werden. Zu diesen Tätigkeiten gehören in erster Linie: Organisation, Personalführung, Finanzierung/Controlling, Qualitätsmanagement, Change Management (vgl. Tegtmeier/Schran 2015, 578).

„Ohne ein personenorientiertes Management jedoch ist eine patientenorientierte Pflege nicht möglich“ (Borsi/Schröck 1995, 13).

Das Zitat verdeutlicht, dass personenorientiertes Management in der Pflege fundamental ist. Der gepflegte Mensch muss an erster Stelle stehen. Das kann nur gewährleistet werden, wenn das Management grundlegende Werte, Harmonisierung und Rehumanisierung an die Pflegenden vermittelt. Borsi und Schröck stellen fest, dass es sich beim Management nicht nur um die Optimierung wirtschaftlicher, organisatorischer und administrativer Ziele handelt. Primär sollen die relevanten Werte an die Mitarbeiter vermittelt werden. Ein relevantes Ziel, ist beispielsweise die Gesundheitsförderung der Patienten. Dieses sollte im Kern des Unternehmens verankert sein und als Grundvoraussetzung des betrieblichen Erfolgs stehen (vgl. Borsi/Schröck 1995, 12-15).

Ein gutes Pflegemanagement, sollte nicht nur den Mitarbeiter Anweisungen geben, Werte zu vermitteln, sondern ebenfalls einen entsprechenden Umgang mit den Mitarbeitern haben. Laut einer Studie, gibt es mehrere Faktoren, die für die Arbeitszufriedenheit relevant sind. Zu diesen gehören:

- Arbeitsklima,
- Patientenbindung,
- selbstständiges Arbeiten,
- Fähigkeiten/Kenntnisse einsetzen,
- Anerkennung

(vgl. Borsi/Schröck 1995, 12-15).

Diese Aspekte sollten in der heutigen Zeit berücksichtigt werden, um die Arbeit in stationären Einrichtungen, wieder attraktiv zu machen. Beispielweise ist der Beruf als Altenpfleger/in in der heutigen Zeit oftmals verrufen. Das Pflegemanagement kann durch einige Aspekte dem Fachkräftemangel entgegenwirken.

In der Pflege lassen sich verschiedene Organisationsformen unterscheiden. Zu diesen Formen gehören: Funktions-, Bereichs- und Bezugspflege. Darüber hinaus gibt es noch Sonderformen wie: Kombinationen beispielweise aus Bereichspflege und Bezugspflege, Einzelpflege (Heimbeatmung) und Primary Nursing. Die Funktionspflege hat eine klar strukturierte Arbeitsteilung. Die Pflegemaßnahmen werden anhand der Kompetenzen der Pflegekräfte ermittelt und dem jeweiligen Pfleger zugeordnet. Bei der Bereichspflege, orientiert sich die Zuordnung anhand der Räumlichkeiten. Den jeweiligen Pflegekräften wird eine Gruppe von mehreren Bewohnern zugeteilt. Diese Form wird auch Gruppenpflege genannt. Die Bezugspflege ist unabhängig von der Zuordnung von Pflegekräften. Bei dieser Form führt der Pfleger eigenverantwortliche Aufgaben wie beispielweise die Pflegedokumentation durch.

Durch diese Pflegesysteme sollen Ziele verfolgt werden. Zum einen die Sicherstellung der Kontinuität der Bewohner und zum anderen die Intensivierung der Beziehungen zu den Bewohnern. Ebenso soll der effiziente und effektive Arbeitsablauf sichergestellt werden. (vgl. Tegtmeier/Schran 2015, 592).

4 Demenz als Alters- und Volkskrankheit

4.1 Definition Demenz

Demenz wird als ein Syndrom definiert, bei dem vor allem höhere Gehirnfunktionen beeinträchtigt sind. Kognitive Funktionen, wie das Denken, das Gedächtnis und die Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten zu meistern, verschlechtern sich zunehmend. Durch die Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen verschlechtert sich auch die emotionale Kontrolle. So weisen Demenzerkrankte auch Verhaltensstörungen und dissoziale Verhaltensmuster auf (vgl. World Health Organization, Dementia 2017).

Die Krankheit Demenz ist vom normalen kognitiven Alterungsprozess deutlich zu unterscheiden. Sie ist keineswegs, wie es häufig vermittelt wird, nur eine „Altersvergesslichkeit“, sondern wirkt sich auf das gesamte Leben und Erleben der Betroffenen aus (vgl. Wendelstein 2015, 37).

4.2 Differenzierung zwischen Demenz und anderen Hirnerkrankungen

Förstl und Lang argumentieren anhand der 10. Revision der Internationalen Krankheitsklassifikation (ICD-10) und der 4. Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV), dass es mehrere Merkmale für die Diagnose einer organisch bedingten psychischen Störung gibt. Hierbei ist der objektive Ursachennachweis, beispielsweise anhand körperlicher oder neurologischer Untersuchungen, notwendig. Außerdem muss ein deutlicher Zusammenhang zwischen biologischer Ursache und psychischer Auswirkung bestehen. Eines der Probleme, eine Demenz zu diagnostizieren, besteht darin, die affektive und schizophrene Erkrankung des höheren Lebensalters von einer Demenz zu differenzieren, da die Symptome nicht charakteristisch sind. Anhand der folgenden Abbildung soll dieser Sachverhalt verdeutlicht werden:

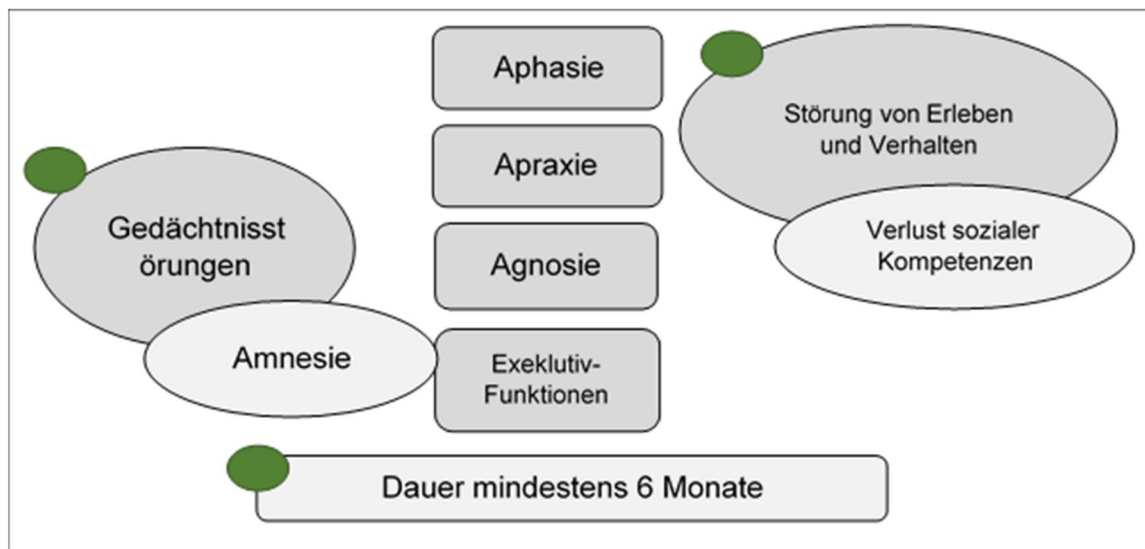


Abbildung 4: Demenzdiagnostik
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ICD-10 und DSM- IV)

Um eine Demenz zu diagnostizieren, muss prinzipiell eine Gedächtnisstörung vorliegen. Des Weiteren muss mindestens eine intellektuelle Funktion beeinträchtigt sein, wie z. B. in Form einer Apraxie, Aphasie, Agnosie oder der Störung einer Exekutivfunktion. Um vorübergehende Leistungsstörungen auszuschließen, ist eine Mindestdauer von sechs Monaten erforderlich. Dieser Punkt wurde beim DSM-IV nicht berücksichtigt, was durchaus kritisch zu betrachten ist, da dieses Kriterium bei der Diagnose maßgebend ist, um Verwirrheitszustände auszuschließen. Wurden alle Aspekte berücksichtigt und liegen bei dem Betroffenen vor, so kann zumindest von einer leichten Demenz gesprochen werden (vgl. Förstl/Lang 2011, 4-6; vgl. World Health Organization, Dementia 2017).

4.3 Epidemiologie

Die Epidemiologie beschäftigt sich als Teilgebiet der Medizin hauptsächlich mit der Prävalenz, die sich auf die Häufigkeit einer Krankheit einer definierten Population in einem bestimmten Zeitraum bezieht, und der Inzidenz, die die Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum angibt (vgl. Weyerer/Bickel 2007, 69).

Der demografische Wandel hat große Auswirkungen auf den Anstieg von Demenzerkrankungen, da die Prävalenz verdeutlicht, dass eine Demenz altersabhängig ist und bei älteren Menschen gehäuft auftritt. Allerdings können psychische Erkrankungen wie die Demenz

auch im frühen Lebensalter auftreten und sich bei chronischem Krankheitsverlauf bis ins Alter erstrecken (vgl. Weyerer/Bickel 2007, 29).

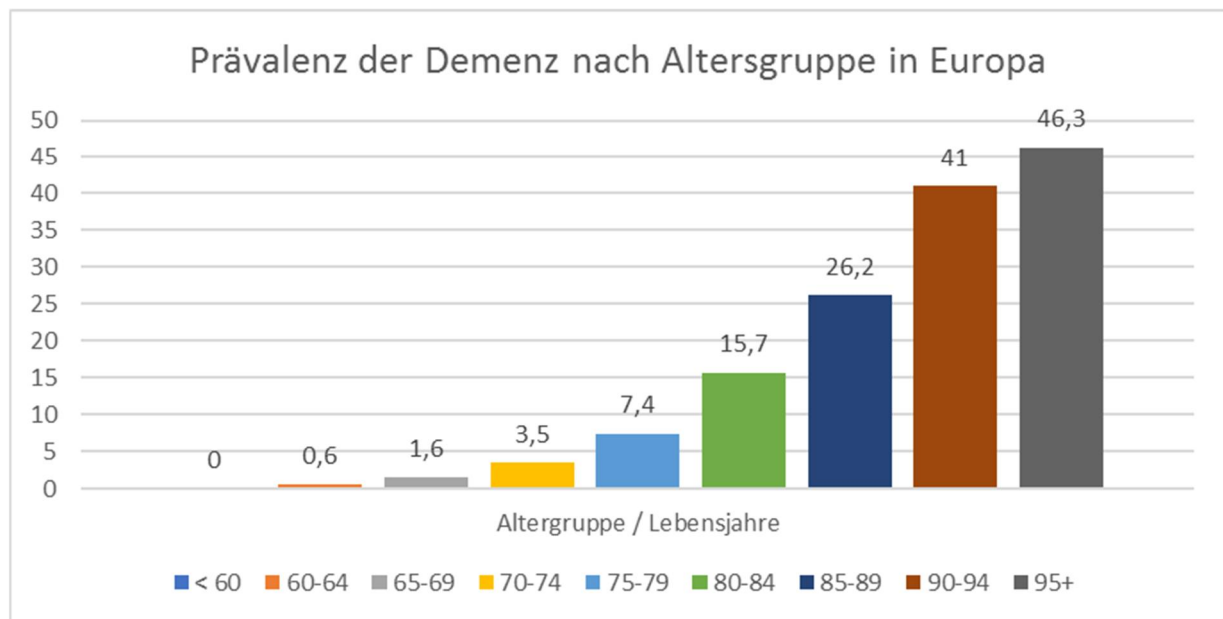


Abbildung 5: Prävalenz der Alzheimer Erkrankung
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Alzheimer- Europe 2013)

In Deutschland leiden zurzeit rund 1,6 Millionen Menschen an Demenz, und jährlich werden 300.000 Neuerkrankungen gezählt. Statistiken zufolge werden sich die Zahlen bis 2050 verdoppeln und auf rund 3 Millionen Menschen ansteigen (vgl. Bickel 2016, 1).

Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, erhöht sich mit zunehmendem Alter. Schätzungen zufolge leiden 0,5 bis 1 % der Deutschen im Alter von 60 bis 64 Jahren an einer Demenzerkrankung. Von den 65- bis 69-Jährigen sind ca. 1,6 % betroffen, von den 80- bis 84-Jährigen etwa 15,7 % und von den über 90-Jährigen ca. 41 % (vgl. Weyerer 2005, 11; vgl. Bickel 2016, 1-3). Das Demenzrisiko von Frauen ist höher als das von Männern, was sich durch die höhere Lebenserwartung von Frauen erklären lassen könnte (vgl. Wendelstein 2016, 37).

4.4 Demenzformen

Der Begriff Demenz ist ein Sammelbegriff für verschiedene Erkrankungen und wird in verschiedene Formen, Arten und Ausprägungen unterteilt. Die häufigste Form der Demenz ist

die Alzheimer-Erkrankung, bei der sich neurodegenerative Schäden im Gehirn bilden, die häufig in Kombination mit vaskulären Hirnschäden auftreten. Bei 50 bis 60 % der Erkrankten tritt die Alzheimer-Erkrankung alleine auf, in 10 bis 20 % der Fälle leiden die Betroffenen an einer vaskulären (gefäßbedingten) Demenz, wie z. B. einer Multi-Infarkt-Demenz, in weiteren 15 bis 20 % der Fälle treten Mischformen auf, und bei den restlichen ca. 10 % der Fälle handelt es sich um andere Demenzformen (vgl. Buijssen 1994, 1-3).

Des Weiteren wird unterschieden zwischen primären Demenzen, die mit der direkten Schädigung des Hirngewebes zusammenhängen, und der sekundären Demenz, die mit pathologischen oder psychologischen Störungen einhergeht (vgl. Kidwood 2005, 42).

Der deutsche Psychiater Hans Lauter stellte bereits im Jahr 1980 Untergruppen der Demenz fest, die im Folgenden gemäß den klinischen Klassifikationen der Demenzprozesse nach Lauter erläutert werden.

Untergruppen der Demenz:

- Primär-degenerative Demenzen, z.B. Alzheimer-Krankheit
- Vaskuläre Demenzen, wie z. B. die Multi-Infarkt-Demenz
- Infektionserkrankungen, wie z. B. die progressive Paralyse
- Entmarkungserkrankungen, wie z. B. Multiple Sklerose
- Traumatische Hirnschädigungen, wie z. B. Hirnkontusionen
- Tumore, wie z. B. Hirntumore
- Stoffwechselerkrankungen, wie z. B. Niereninsuffizienz

Eine Demenz hat in der Regel einen schleichenden Verlauf, was bedeutet, dass die kognitiven Beeinträchtigungen und Symptome zunächst unbemerkt erscheinen und sich erst im Laufe der Zeit ausbreiten. Da die Schwelle zur Demenz schwer festzustellen ist, wird der Krankheitsverlauf in mehrere Demenzstadien aufgeteilt. Dies ist insbesondere für die Behandlung und die individuelle Betreuung relevant, da sich das Umfeld der Demenzerkrankten anhand des Demenzstadiums optimal an den Krankheitsverlauf anpassen kann. Diese Abgrenzung ist jedoch keine klare Linie, stattdessen sind die Übergänge fließend (vgl. World Health Organization 2017).

Schweregrad	Gedächtnis und geistige Fähigkeiten	Alltagstätigkeiten
leicht	Beschwerlicheres Lernen neuer Informationen, vermehrte Vergesslichkeit, wie z. B. Verlegen von Gegenständen, zeitliche Orientierungsprobleme	Demenzerkrankter kann ein unabhängiges Leben führen, komplizierte Alltagsaktivitäten, können nicht mehr ausgeführt werden
mittel	Erinnerungsvermögen nimmt noch weiter ab; nur gut gelerntes und vertrautes Material bleibt bestehen, neue Informationen werden nur kurz erinnert, Sprachstörungen und Wahnvorstellungen können auftreten	Behinderung des unabhängigen Lebens, Körperhygiene nimmt ab, Umgang mit Geld ist nicht mehr möglich, nur noch häusliche Tätigkeiten
schwer	Schwerer Gedächtniszerfall; Beibehaltung neuer Informationen ist nicht mehr möglich, Sprachzerfall, Erinnerungen an früher (Kindheit/Jugend) werden meistens beibehalten	Gedankengänge fehlen, Inkontinenz, selbstständiges Leben ist nicht mehr möglich

Abbildung 6: Schweregrade der Demenz
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ICD-10)

4.4.1 Die Alzheimer-Demenz

Die Alzheimer-Demenz (AD) ist nach dem berühmten Nervenarzt Alois Alzheimer benannt, der diese bereits im Jahr 1907 erforschte und beschrieb (vgl. Schmidtke/Otto 2012, 204). Die Erkrankung ist durch einen langsam fortschreitenden Verlust von Neuronen (Nervenzellen) und Nervenzellkontakten gekennzeichnet. Anhand der Neuronenverluste im Lobus temporalis und im Lobus parietales sind die typischen Symptome der Demenz plausibel, da diese Gehirnbereiche für das Gedächtnis, die Sprache und die Orientierung zuständig sind (vgl. Kurz/Freter/Saxl 2017, 12; vgl. Wendelstein 2016, 39).

Neben dem Neuronenverlust ist als weiteres Merkmal für eine Alzheimer-Demenz das Auftreten von Neurofibrillenbündeln relevant. Diese faserförmigen Ablagerungen bestehen aus dem Protein *Tau* und befinden sich im Zellinneren. Doch auch außerhalb der Nervenzellen

können sich neurofibrille Verklumpungen bilden, die charakteristischen Plaques, für die das Protein β -Amyloid verantwortlich ist. Ebenso kann sich das abgestorbene Zellmaterial auf der Neuronenoberfläche absetzen und dort Plaques verursachen (vgl. Schmidtkne/Otto 2012, 204; vgl. Kurz/Freter/Saxl, 12).

4.4.2 Multi-Infarkt-Demenz

Die Multi-Infarkt-Demenz (MID) wird der Gruppe der vaskulären Demenzen (DVT) zugeordnet. Diese Demenzform löst in den intrazerebralen Blutgefäßen arteriosklerotische Prozesse aus, und die vermehrte Häufung der zerebralen Infarkte schädigt das Hirngewebe. Des Weiteren führen die Blutgerinnsel zu einem Sauerstoffmangel im Gehirn und zum Absterben einzelner Neuronen (vgl. Denzler/Markowitsch/Frölich 1989, 44).

Die Diagnose einer DVT erfolgt anhand von drei Merkmalen:

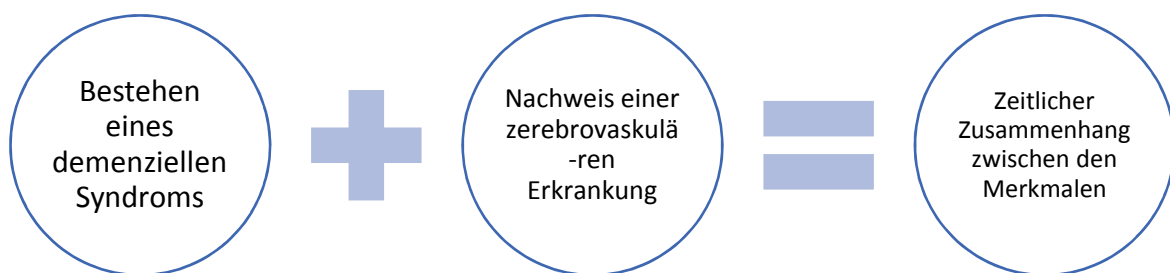


Abbildung 7: Diagnostik MID
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Jahn/Werheid 2015, 29)

Das Risiko, an einer MID zu erkranken, wird durch zahlreiche Faktoren erhöht, wie z. B.:

- Myokardinfarkte sowie Angina Pectoris,
- Hypertonie,
- Diabetes mellitus,
- transitorische ischämische Attacken (TIA), Durchblutungsstörungen,
- Adipositas,
- Nikotin.

Die Alzheimer-Demenz und die Multi-Infarkt-Demenz unterscheiden sich durch ihren Verlauf und durch den Zeitpunkt ihres Auftretens. Die MID tritt vergleichsweise schon im früheren Lebensalter auf, das heißt zwischen 20 und 60 Jahren. Es wurde widerlegt, dass Männer von einer Multi-Infarkt-Demenz häufiger betroffen sind als Frauen. Frauen leiden häufiger an einer Alzheimer-Demenz. (vgl. Denzler/Markowitsch/Frölich 1989, 44).

4.5 Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen für eine Demenz sind vielfältig, doch rund 80 % aller Demenzen werden durch eine Erkrankung des Gehirns hervorgerufen. Zu diesen Krankheiten zählen vor allem Alzheimer, die Lewy-Körperchen-Krankheit sowie Krankheiten des Stirnhirns. An zweiter Stelle folgen Erkrankungen der Blutgefäße im Gehirn. Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche andere Ursachen, die in körperliche, psychologische und soziale Ursachen unterteilt sind (vgl. Kurz/Freter/Saxl 2017, 9; vgl. Buijssen 1994, 27-29).

Körperliche Ursachen	Vergiftungen, wie z. B. durch Alkohol, unzureichende Ernährung, fiebrige Erkrankungen, wie z. B. Grippe, Hormonstörungen, wie z. B. Diabetes, Erkrankungen anderer Organe, wie z. B. der Lunge, Erkrankungen der Sinnesorgane, wie z. B. der Augen, Erkrankungen/Störungen des Gehirns, wie z. B. durch einen Hirntumor
Psychologische Ursachen	Furcht, wie z. B. vor dem Tod, Depressionen, Trauer, wie z. B. über den Verlust des Partners, Einsamkeit, Hysterie
Soziale Ursachen	Änderung der Umgebung, wie z. B. Umzug, Pensionierung, Konflikte, Vereinsamung, Ablehnung, Stress über längeren Zeitraum, Institutionalisierung

Abbildung 8: Risikofaktoren Demenz
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Buijssen 1994, 28)

4.6 Hilfe für Demenzkranke und pflegende Angehörige

Häufig ist die Diagnose einer Demenz ein schwerer Schicksalsschlag, nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für ihre Angehörigen. Es treten Probleme auf, die beide Parteien vor große Herausforderungen stellen. Um die Betroffenen und ihre Familie vor Überlastung zu schützen, existieren verschiedene Hilfen zur Unterstützung (vgl. Tipps für Angehörige und Betreuer o.J.), die in nachfolgender Abbildung ersichtlich sind:

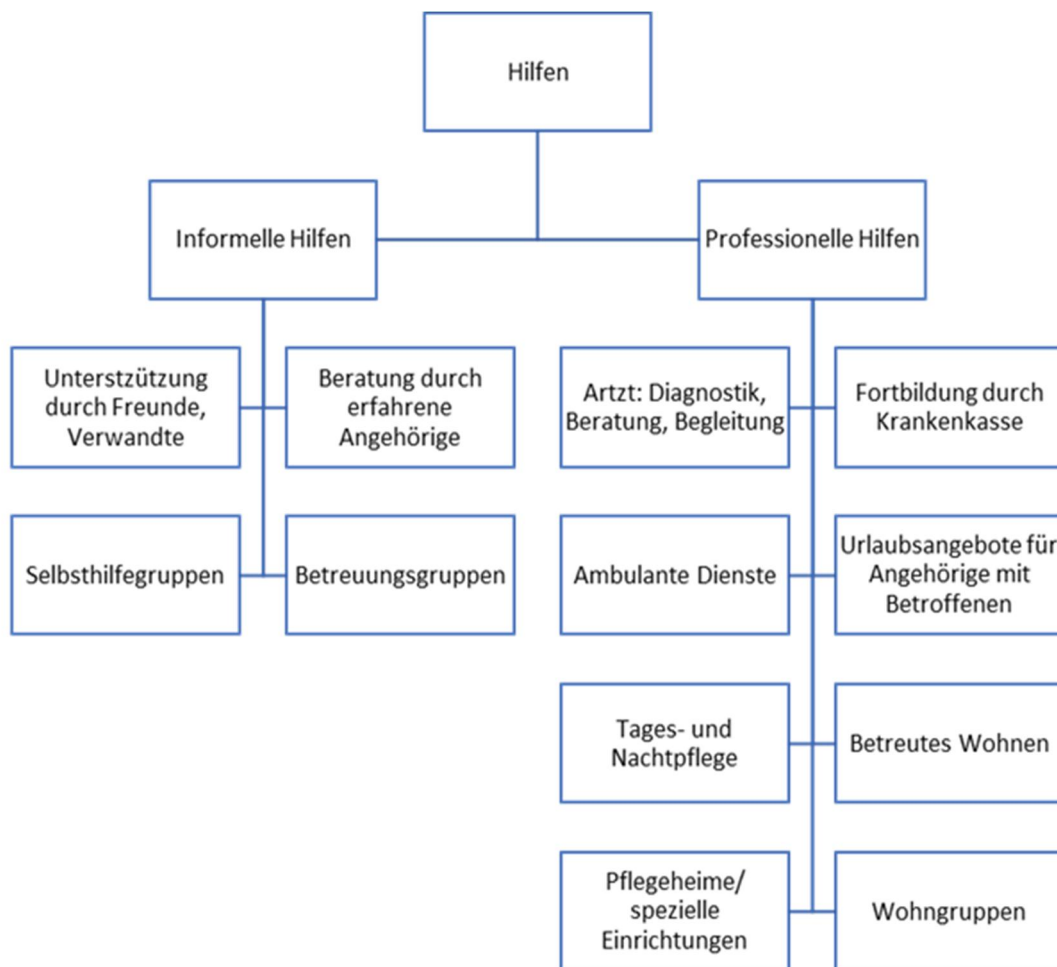


Abbildung 9: Hilfen für Demente und Angehörige
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wojnar 2007, 47)

5 Demenz im stationären Bereich

5.1 Demenz im Alten- und Pflegeheim - Wohnkonzepte

Für Menschen mit Demenz gibt es verschiedene Betreuungsformen im stationären Bereich, diese werden in diesem Kapitel beschrieben. Die integrative Versorgung wird heutzutage am häufigsten genutzt. Es bedeutet, dass der demente Bewohner vollstationär mit anderen kognitiv gesunden Bewohnern zusammenlebt. Dieses Konzept, gibt den dementen Bewohnern vor allem das Gefühl „Normal“ zu sein und dazuzugehören. Doch berücksichtigt man, die Symptomatik der Demenz, dann wird deutlich, dass es für eine integrative Einrichtung schwer wird, auf die Bedürfnisse der dementen Bewohner einzugehen. Wie im nächsten Kapitel erläutert, beansprucht der Demenzkranke viel Aufmerksamkeit und Schutz. Das ist meist in einer integrativen Pflegeeinrichtung nicht gegeben. Des Weiteren kann der Aspekt der anderen Bewohner betrachtet werden. Die Lebensqualität könnte bei kognitiv gesunden Menschen sinken, da sie das Verhalten der Demenzkranken oftmals nicht verstehen. Ein weiterer Faktor könnte die Angst sein, selbst an der Demenz zu erkranken (vgl. Sonntag 2014, 80-82). Stationäre Einrichtungen sind für Demenzerkrankte von enormer Bedeutung, was sich alleine daran zeigt, dass wie zu Anfang der Arbeit erwähnt durchschnittlich rund 60 % aller Pflegeplätze in Alten- und Pflegeheimen von demenzkranken Menschen in Anspruch genommen werden (vgl. Grond 2005, 128). Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Pflege von Demenzkranken für Angehörige nur schwer zu bewältigen ist. Diesen Aspekt berücksichtigt auch Heeg und stellt fest, dass heutzutage die Alten- und Pflegeheime zu reinen Pflegeheimen geworden sind, da dort zum größten Teil demente und schwer pflegebedürftige Menschen vertreten sind (vgl. Heeg/ Bäuerle 2012, 14).

In einer stationären Einrichtung, die nicht auf Demenz spezialisiert ist, leben für gewöhnlich demente Menschen kollektiv mit nicht dementen Bewohnern zusammen. Die Demenzerkrankten sind zum einen auf verschiedene Wohnbereiche verteilt und werden zum anderen tagsüber isoliert über eine gewisse Zeit in Demenzgruppen betreut. Dennoch findet weder eine Ausgrenzung noch eine Kennzeichnung der dementen Bewohner statt, was von großer Bedeutung ist, damit sich diese nicht ausgeschlossen fühlen und trotz ihrer Krankheit eine gewisse Normalität spüren (vgl. Kastner/Löbach 2007, 169).

Werden jedoch die Alten- und Pflegeheime berücksichtigt, die speziell auf Demenz ausgerichtet sind, so können demente Menschen sogar in Institutionen besser aufgehoben sein.

Stationäre Einrichtungen müssen sich, wie im nächsten Kapitel beschrieben, auf eine besondere und intensive Betreuung einstellen (vgl. Klie/Stascheit 2007, 165).

Eine weitere Betreuungsform ist die segregative Versorgung. Bei diesem Versorgungskonzept, werden ausschließlich Demenzkranke in einer Einrichtung betreut. Oft wird in dieser Form sogar noch nach Schweregraden der Demenz differenziert. Dieses Konzept ist für die Bedürfnisse der Dementen vorteilhafter, denn ein spezielles Angebot auf den Dementen wird konzipiert. Es ist bewiesen, dass demente Bewohner in segregativen Einrichtungen aktiver sind und ihren Bewegungsdrang nachgehen können. Es können sogar nicht kognitive Störungen gelindert werden. So weist der Bewohner in diesen speziellen Einrichtungen ein geringeres Aggressionsverhalten auf. Des Weiteren, ist der direkte Kontakt mit dem Pflegepersonal intensiver, was für die dementen Betreuung fundamental ist (vgl. Sonntag 2014, 88).

Anhand der folgenden Grafik, sollen die Vor- und Nachteile dieser beiden Wohnformen aufgezeigt werden:

	Integrative Versorgung	Segregative Versorgung
Vorteile	Inklusion, Integration	Bedürfnisorientiert
	Normalitätsprinzip	geschultes Personal
	Spiegelung des Verhaltens von kognitiv gesunden Bewohnern	Vermeidung Konfrontation mit Defiziten
	Wohnortnah	Erhaltung Lebensqualität gesunder Bewohner
		toleranter Umgang
		Entlastung des Personals in anderen Versorgungsformen
Nachteile	Überforderung Dementer	Diskriminierung Dementer
	unvorteilhaftes Betreuungsangebot	Meist nicht Wohnortnah
	Beeinträchtigung Lebensqualität gesunder Bewohner	
	Überlastung des Pflegepersonals	
	ungenügende Qualifikation	

Abbildung 10: Vor- und Nachteile integrativer und segregativer Wohnkonzepte
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sonntag 2014, 90)

Ein weiteres Wohnkonzept, sind die sogenannten Pflegeoasen. Diese wurde erstmals 2006 in Deutschland eingeführt. Vorreiter waren hier allerdings die Schweizer, die die Pflegeoasen bereits 1998 in die Alten- und Pflegeheime einführten. Die Schweizer erkannten schon früh, die Problematik in den Alten- und Pflegeheimen. Ihnen war bewusst, dass über die Hälfte der Bewohner an Demenz leiden. Da demenzkranke Bewohner beispielsweise durch den Fachkräfte- oder Zeitmangel des Personals, die meiste Zeit in ihren Zimmern sind und sich auch schwer bemerkbar machen können, vereinsamen sie oft. Da der Verlust der Kommunikation im Laufe der Demenz zunimmt. Das Ziel der Pflegeoasen ist es, der Isolation entgegen zu wirken. Dies geschieht durch die Betreuung in kleineren Gemeinschaften, diese bestehen meist aus fünf bis acht Bewohnern. Die Pflegeoasen unterscheiden sich von anderen stationären Einrichtungen, vor allem durch die Zahl der Bewohner und zum anderen durch die Gestaltung der Räumlichkeit. Die Pflegeoase besteht aus einer großen Räumlichkeit, diese wird durch Stellwände und Vorhänge abgegrenzt um etwas Privatsphäre zu gewährleisten. Ein weiteres Merkmal der Pflegeoase ist die persönliche Gestaltung. Im Raum werden persönliche Gegenstände wie Fotos aufgestellt. Ebenfalls ist das Interieur bedeutsam. Bei der Auswahl der Möbel, der Lichtfarbe und Farbgestaltung wird darauf geachtet, dass alles harmonisch ist und den Dementen nicht reizt. Der wichtigste Punkt ist die Betreuung durch die Pflegekräfte, bei der Oase ist die Präsenz des Mitarbeiters relevant (vgl. Sommer 2014, 97; Stoffers 2016, 133). Dieses Konzept wird jedoch kritisch hinterfragt. Da die dementen Menschen in der Pflegeoase in Mehrbettzimmern untergebracht sind, bemängeln die Kritiker die schlechten Standards der Privatsphäre. Doch dies kann meist nur anhand der Vorgeschichte des Dementen erfasst werden. Präferiert der Mensch lieber das Leben alleine oder in Gesellschaft (vgl. Sommer 2014, 96-98).

Verallgemeinernd lässt sich sagen, dass der Einzug in eine stationäre Einrichtung nicht nur die Veränderung der Wohnsituation bedeutet, sondern in erster Linie die Veränderung der gesamten Lebenssituation. Es ist bekannt, dass belastende Ereignisse im Leben eines Menschen zu körperlichen und zu seelischen Störungen führen können. Für viele Menschen kann eine Institutionalisierung mit gesundheitlichen Verschlechterungen in Zusammenhang stehen und wie bereits in Kapitel 4.4 erläutert wurde, kann eine Veränderung des Umfelds sogar ein Risikofaktor für Demenz sein. Offensichtlich haben die Autoren Staudinger, Rosenberger-Spitzky und Gatterer die gleichen Aspekte berücksichtigt und beschreiben, dass viele Bewohner nach der Übersiedlung in ein Heim „zeitlich desorientiert“ und verstört sind (Staudinger/Rosenberger-Spitzky/Gatterer 2007, 21).

5.2 Versorgungsproblematik

„Der hohe Anteil an Menschen mit Demenz hat in vielen Pflegeeinrichtungen mit integriert belegten Wohnbereichen zu hohen Belastungen für Bewohner und Personal geführt und damit die Grenzen des integrativen Ansatzes aufgezeigt“ (Heeg/Bäuerle 2012, 20).

Dieses Zitat verdeutlicht, wie komplex die Arbeit mit dementen Menschen sein kann. Sie stellt nicht nur die Pflegekräfte vor eine Herausforderung, auch die gesamte Auswahl an geeigneten Maßnahmen muss auf die Patienten ausgerichtet sein. Um den dementen Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten, muss ein spezielles Angebot, das auf die Bedürfnisse der Demenzkranken ausgelegt ist, gestaltet werden (vgl. Kleina/Wingenfeld 2007, 15).

Bei der Betreuung und Pflege von Demenzerkrankten können folgende Symptome für Personal und Angehörige belastend sein:

- Aggressives Verhalten, Wutausbrüche, Depressionen,
- Anklammerndes Verhalten, Nachlaufen,
- Sinnestäuschungen,
- Bewegungsdrang, Hinlaufdrang,
- Schlafstörungen, Antriebsstörungen.

(vgl. Treatment for behavioural 2009; Gatterer/Croy 2007, 252).

Um dementen Patienten eine optimale und individuelle Versorgung zu sichern, sollte ein gutes Zahlenverhältnis zwischen Patienten und Pflegekräften bestehen, was jedoch aufgrund des Pflegekraftmangels in Deutschland (vgl. Kapitel 3.1) nicht gewährleistet werden kann. Dass nicht ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen, ist für die Demenzbetreuung besonders problematisch, da demente Patienten sehr viel Aufmerksamkeit beanspruchen und die soziale Betreuung sowie die Beaufsichtigung fundamental sind. Ebenso sind die nachfolgend erläuterten medizinischen Behandlungen ein Teil der stationären Versorgung.

5.3 Medizinische Behandlungen

Der Schwerpunkt der medizinischen Behandlung einer Demenz liegt auf der Diagnostik, denn ohne eine eindeutige Diagnostik, die sich auf die Ätiologie bezieht, kann keine Therapie durchgeführt werden (vgl. Zaudig 2011, 41). Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es für die neurodegenerative Demenz keine Heilung, weshalb die Therapieansätze auch nicht kurativ, sondern symptomatisch sind. Fundamental sollen die Lebensqualität verbessert, der kognitive Abbau verlangsamt und Komplikationen vermieden werden (vgl. Jahn/Werheid 2015, 68-69). Offensichtlich hat auch die Autorin Sonntag diesen Aspekt berücksichtigt, doch bezeichnet sie die Demenz als „typische Alterserkrankung“ und stellt sie mit Altersblindheit und Arthrose gleich. Diese Sichtweise ist kritisch zu betrachten, da die Demenz komplexe Ursachen sowie zahlreiche Formen aufweist (vgl. Sommer 2014, 15). Bei einer Demenz mit behandelbarer Ursache, wie z. B. eine kognitive Störung durch eine Schilddrüsenerkrankung, wird zunächst die Ursache angegangen, um weitere Schädigungen auszuschließen. Das Gleiche gilt für vaskuläre Demenzen, bei denen übergeordnet eine blutdrucksenkende und -stabilisierende Behandlung vorgenommen wird. Darauf folgend werden emotionale und kognitive Störungen behandelt. Mischformen der Demenz und die Alzheimer-Krankheit erfordern die gleichen pharmakologischen und psychosozialen Eingriffe (vgl. Jahn/Werheid 2015, 68-69). Verallgemeinernd lässt sich festhalten, dass sich die Behandlungsformen in medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen differenzieren. (vgl. Stoppe 2007, 54), auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

5.3.1 Medikamentöse Therapien – Pharmakotherapien

Zu den medikamentösen Therapien zählen insbesondere Cholinesterase-Hemmer, Glutamat-Antagonisten, Antidepressiva und Neuroleptika.

Cholinesterase-Hemmer: Das menschliche Gehirn benötigt Neurotransmitter, um sein Umfeld wahrzunehmen. Bei einer Demenzerkrankung wird beispielsweise der Hirnbotschaftsstoff Acetylcholin, der für die Informationsübertragung zuständig ist, durch Enzyme namens Cholinesterasen permanent abgebaut. Dieses cholinerge Defizit kann durch Medikamente wie Cholinesterase-Hemmer vermindert werden. Zu den Cholinesterase-Hemmstoffen gehören Wirkstoffe wie Donepezil, Galantamin und Rivastigmin, die für leichte bis mittelschwere Demenzen zugelassen sind.

Glutamat-Antagonisten: Der Glutamat-Rezeptor-Modulator Memantin wird bei mittelschweren bis schweren Demenzen eingesetzt. Memantin beeinflusst den Rezeptor des Botenstoffes Glutamat und dämpft somit die durch Glutamat vermittelte Reizweiterleitung. Eine zu hohe Konzentration des Botenstoffes Glutamat könnte zum Absterben der Nervenzellen im Gehirn führen und löst außerdem Symptome wie Verwirrheitszustände und Persönlichkeitsveränderungen aus (vgl. Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 63-67; Kurz/Freter/Saxl 2017, 3-4).

Antidepressiva: Die Begleiterscheinungen einer Demenz können mit Psychopharmaka behandelt werden. Antidepressiva werden nach ICD-10 bei depressiver Stimmung, Verlust von Freude und erhöhter Müdigkeit eingesetzt. Diese Begleitsymptome entstehen durch ein Defizit an Botenstoffen im Gehirn, zu denen Dopamin, Serotonin und Noradrenalin zählen. An dieser Stelle ist jedoch auch auf die zahlreichen Nebenwirkungen von Antidepressiva hinzuweisen. Da die Nebenwirkungen gravierend sein können, sollte die Einnahme solcher Medikamente kritisch betrachtet werden. Typische Nebenwirkungen von Antidepressiva sind beispielsweise eine erhöhte Neigung zu Stürzen, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden (vgl. Study of the use of antidepressants for depression in dementia 2013; vgl. Kurz/Freter/Saxl 2017, 34-35).

Neuroleptika: Neuroleptika werden primär dafür eingesetzt, Verhaltensstörungen zu mindern. Ausgeprägte Verhaltensstörungen wie Unruhe, Aggressivität und Sinnestäuschungen (Halluzinationen) können bereits in einem Behandlungszeitraum von drei Monaten reduziert werden. Für die Demenzbehandlung sind in Deutschland nur Neuroleptika mit dem Wirkstoff Risperidon zugelassen. Dies liegt daran, dass eine Kombination von anderen Neuroleptika mit Medikamenten wie beispielsweise Blutdrucksenkern zu fatalen Nebenwirkungen führen kann. Neuroleptika werden primär dafür eingesetzt, um dem Pflegepersonal die Arbeit zu erleichtern (vgl. Woltee o.J., 1-7; vgl. Kurz/Freter/Saxl 2017, 34-35).

5.3.2 Nicht-medikamentöse Therapien

Für die Demenzbehandlung sind nichtmedikamentöse Therapien optimal, da diese im Gegensatz zu medikamentösen Therapien keine Nebenwirkungen aufweisen. Nichtmedikamentöse Behandlungen werden eingesetzt, für die:

- Verbesserung Leistungsfähigkeit,
- Förderung Alltagsfähigkeit,
- Minderung Verhaltensstörungen,
- Aufrechterhaltung kognitiver Fähigkeiten,
- Stärkung seelisches Wohlbefindens.

Die Behandlungsform richtet sich nach Art und Stadium der Demenz. Für jedes Stadium der Demenz ist ein Therapieansatz ausgelegt. Es ist durchaus von Vorteil, unterschiedliche Verfahren zu kombinieren, solange darauf geachtet wird, dass die demente Person nicht überfordert wird.

Ergotherapie: Eine Ergotherapie, auch Beschäftigungstherapie genannt, wird im frühen bis mittleren Stadium der Demenz angewendet. Der Schwerpunkt dieser Therapie liegt auf dem Erhalt der Alltagskompetenzen. Mit den Demenzkranken werden auf spielerische Weise Tätigkeiten wie Körperpflege, Einkaufen und Kochen geübt. Dadurch lernen sie, Probleme zu lösen und den Tag zu strukturieren. Die Wirkung zeigt sich durch eine Verbesserung der Alltagsfertigkeiten, der Beweglichkeit und der Lebensqualität (Kojer/Schmidl/Zsifkovics 2007, 138).

Kognitives Training: Kognitives Training, auch Gedächtnistraining oder Hirnleistungstraining genannt, erfolgt im frühen bis mittleren Stadium der Demenz. Die Therapie wird entweder einzeln oder in Gruppen durchgeführt und hat zum Ziel, kognitive Fähigkeiten wie Erinnern und Denken weiter aufrechtzuerhalten oder zu fördern. Dies geschieht durch Wortspiele sowie Denk- und Konzentrationstraining. Hierdurch verbessert sich vor allem die Kommunikation, da die Demenzkranken meistens in Therapiegruppen behandelt werden.

Verhaltenstherapie: Eine Verhaltenstherapie wird bis ins späte Stadium der Demenz durchgeführt, ist jedoch im frühen Stadium am effektivsten. Da neben der Demenz oft Verhaltensstörungen wie Depressionen auftreten, können diese Symptome durch die Korrektur eines negativen Denkmusters verbessert werden. Die Therapie erfolgt durch einen Psychologen bzw. eine Psychologin oder einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin. Den Demenzkranken soll damit primär geholfen werden, ihre Verhaltensstörungen in den Griff zu bekommen, aber auch, sich im Alltag wieder besser zurechtzufinden.

Autobiografisches Arbeiten: Autobiografisches Arbeiten, auch Erinnerungstherapie genannt, wird im frühen Stadium bis zum Anfang des späten Stadiums der Demenz eingesetzt. In Einzel- oder Gruppentherapie werden mit den Demenzkranken gezielte Gespräche

über die Vergangenheit geführt. Durch beispielsweise Fotos und persönliche Alltagsgegenstände können positive Erinnerungen hervorgerufen werden, da die Erinnerungen aus der Kindheit oder Jugend in der Regel noch erhalten sind. Dies vermittelt nicht nur den Demenzkranken wieder ein Gefühl von eigener Identität, sondern hilft auch Angehörigen und Pflegenden, die Verhaltensmuster der Demenzkranken zu verstehen.

Physiotherapie: Die Physiotherapie wird vom frühen bis zum späten Stadium der Demenz eingesetzt. Bei dieser Therapieform steht die körperliche Leistungsfähigkeit der Demenzkranken im Vordergrund. Sie besteht aus individuellen Ausdauer-, Kraft- und Balanceübungen. Die Therapie verbessert nicht nur die Fitness und Alltagsfertigkeit, sondern unterstützt auch die Betroffenen bei ihrem ausgeprägten Bewegungsdrang und hilft ihnen, sich sicher zu bewegen und Stürze zu minimieren (vgl. Kurz/Freter/Saxl 2017, 36-37; vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2016, 1-2).

5.4 Soziale Behandlung

In einem späten Stadium der Demenz fällt es den Betroffenen besonders schwer, ihre Bedürfnisse auszudrücken. Umso wichtiger ist es, dass Pflegekräfte diese Bedürfnisse erkennen und ihnen auch gerecht werden. Menschliche Bedürfnisse variieren stets und sind sehr individuell. Doch ein entscheidendes Bedürfnis, auch von schwer kranken Menschen ist Liebe. Da Betroffene durch ihre Demenz zahlreiche Verluste miterleben müssen, ist auch Trost ein wichtiger Aspekt. Der Verlust sozialer Kontakte, der Kontrolle und vieler Fähigkeiten ist äußerst belastend, und dementsprechend sollten sich Pflegekräfte sowie Angehörige empathisch gegenüber den Betroffenen verhalten. Durch den Verlust sozialer Bindungen in einem kurzen Zeitraum besteht die Gefahr, dass sich die Betroffenen selbst verlieren. So ist der Aspekt einer primären Bindung bei Demenzerkrankten relevant (vgl. Kitwood 2005, 123; vgl. Bowlby 2006, 102), da eine solche Bindung den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Ebenso ist die Einbeziehung beispielsweise in eine Gruppe ein starkes Bedürfnis von Betroffenen. Da die Fähigkeit zur eigenständigen Einbeziehung in eine Gruppe mit dem Fortschreiten der Erkrankung abnimmt, muss das Umfeld darauf achten, dass die Demenzerkrankten gesellschaftliches Dazugehören erleben (vgl. Kitwood 2005, 123). In einem Alten- und Pflegeheim erfahren viele Bewohner das Gefühl von Langeweile und Bedeutungslosigkeit. Dies kann auch mit dem Fachkräftemangel in Verbindung stehen, da es zu wenig Personal gibt, das sich mit den Bewohnern beschäftigt. Dennoch spielt die Beschäftigung auch bei dementen Menschen eine große Rolle. Das Pflegepersonal sollte

darauf achten, dass Betroffene überwiegend eine Beschäftigung haben und diese auch zufriedenstellend wirkt (vgl. Kitwood 2005, 124). Demenzerkrankte verlieren oftmals die eigene Identität, und dieser Identitätsverlust wird mit fortschreitendem Krankheitsverlauf verstärkt. Das soziale Umfeld sollte diesem Verlust entgegenwirken, was durch Biografiearbeit oder durch Erinnerungsarbeit geschehen kann (vgl. Trautner 1992, 81; Kitwood 2005, 124).

Neben dem person-zentrierten Ansatz von Kitwood gibt es einen weiteren Ansatz, der von Feil entwickelt wurde und der für die Demenzbetreuung ebenfalls fundamental ist: die Validation. Der Schwerpunkt der Validation, die in verbale und nonverbale Validation unterteilt wird, liegt auf dem Grundgedanken, dass „alte verwirrte“ Menschen trotz Krankheit wertvoll sind und Würde besitzen. Das Umfeld sowie die Pflegenden sollten versuchen, sich in die Betroffenen hineinzuversetzen und ihre Wünsche und Äußerungen zu akzeptieren und wertzuschätzen. Durch das Mitgefühl des Umfelds wird den Demenzkranken das Gefühl vermittelt, dass sie wahrgenommen und verstanden werden. Hierdurch kann z. B. das Selbstwertgefühl wiederhergestellt und Stress reduziert werden (vgl. Gatterer/Croy 2007, 262-263).

Im Folgenden soll anhand eines Dialogbeispiels Validation verdeutlicht werden:

Demente Bewohnerin: „Ich muss zu meinen Kindern und zu meinem Mann nach Hause und Essen kochen.“

Pflegerin: „Sie müssen nach Hause?“

Demente Bewohnerin: „Ja, so schnell wie möglich!“

Pflegerin: „Kochen Sie denn gerne?“

Demente Bewohnerin: „Ja.“

Pflegerin: „Was kochen Sie denn am liebsten?“

Demente Bewohnerin: „Für meinen Mann habe ich immer einen Schweinebraten gemacht und für meine Kinder meistens Sauerkraut, das haben meine Kinder geliebt.“

Pflegerin: „Das hört sich aber sehr gut an! Sie waren bestimmt eine wunderbare Köchin.“

Demente Bewohnerin: „Das kann sein, ja.“

Das Prinzip sollte so ausgelegt sein, dass die Erlebniswelt der dementen Menschen eingesehen werden kann. Ihre Aussagen sollten aufgegriffen und vor allem validiert werden. Schon ein kurzer Dialog mit den Betroffenen zeigt, dass sie hierbei Wertschätzung und Zuneigung erhalten, und sie fühlen sich verstanden und geborgen (vgl. Döble/Schmidt 2014, 126).

6 Neue Konzepte im stationären Bereich

6.1 Standards in Alten- und Pflegeheim

Trotz ihrer Erkrankung können demente Menschen ihre Lebensqualität und Lage wahrnehmen. Dies wird entweder durch positive oder durch negative Emotionen zum Ausdruck gebracht. Bei der Versorgung Demenzerkrankter ist es besonders wichtig, dass das Gesamtkonzept einer stationären Einrichtung auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet ist. Das Hauptaugenmerk liegt vor allem auf den Pflegekräften, die zum einen fachliche Kompetenz und zum anderen eine gewisse Grundhaltung gegenüber den Demenzkranken aufweisen sollten (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2015, 5-7).

Whitehouse resümiert im Jahr 2001, dass sich die Lebensqualität von Demenzerkrankten aus folgenden Faktoren zusammensetzt: möglichst funktionierende kognitive Funktionen, Selbstständigkeit im Alltag, soziale Integration und psychisches Wohlbefinden (vgl. Whitehouse 2001). Offensichtlich hat Woods die gleichen Aspekte bei seiner Definition der Lebensqualität dementer Menschen berücksichtigt. Er beschreibt, dass sich die Unabhängigkeit unter anderem aus der Fertigkeit der Selbstversorgung, der Kontinenz und der Mobilität bildet (vgl. Wojnar o.J.).

Die optimale Betreuung von Demenzerkrankten stellt eine Menge Forderungen an die stationären Einrichtungen. So muss darauf geachtet werden, dass Sicherheit und Schutz gegeben, die bestehenden Fähigkeiten gefördert sowie Unabhängigkeit und Wahrnehmung unterstützt werden.

Darüber hinaus sollten folgende Standards in einer stationären Einrichtung eingehalten werden:

- Vorhandensein von Ruheräumen
- Kein Hervorrufen von Erinnerungen an ein Krankenhaus
- Ermöglichung von Kontakt mit Tieren
- Erlauben von Intimität
- Übersichtliche Gestaltung und Orientierungshilfen
- Vorhandensein von viel Raum und Bewegungsfreiheit
- Vorhandensein von Außenbereichen, wie Terrasse oder Garten

➤ Optimierung von Licht und Temperatur

(vgl. Wonjar 2007, 52)

Des Weiteren sollen spezielle Kriterien für die Qualität einer Einrichtung sorgen. Ein Kriterium ist das individuelle Leistungsangebot, das bedeutet, die Bewohner sollen beschäftigt und gefördert werden. Außerdem sollen sie über ihre Handlungen selbst bestimmen können und Entscheidungen eigenverantwortlich treffen dürfen. Auch die Normalität ist ein Kriterium, denn die Bewohner sollen einen ganz normalen Tagesablauf haben (vgl. Staudinger/Rosenberger-Spitzzy/Gatterer 2007, 29).

6.2 Konzepte bei der Behandlung von Demenz

Ein gut bedachtes Konzept muss im Wesentlichen, vier Bestandteile beinhalten: Analyse, Strategie, Taktik und Kontrolle. Die folgende Abbildung soll diese vier Schritte verdeutlichen.

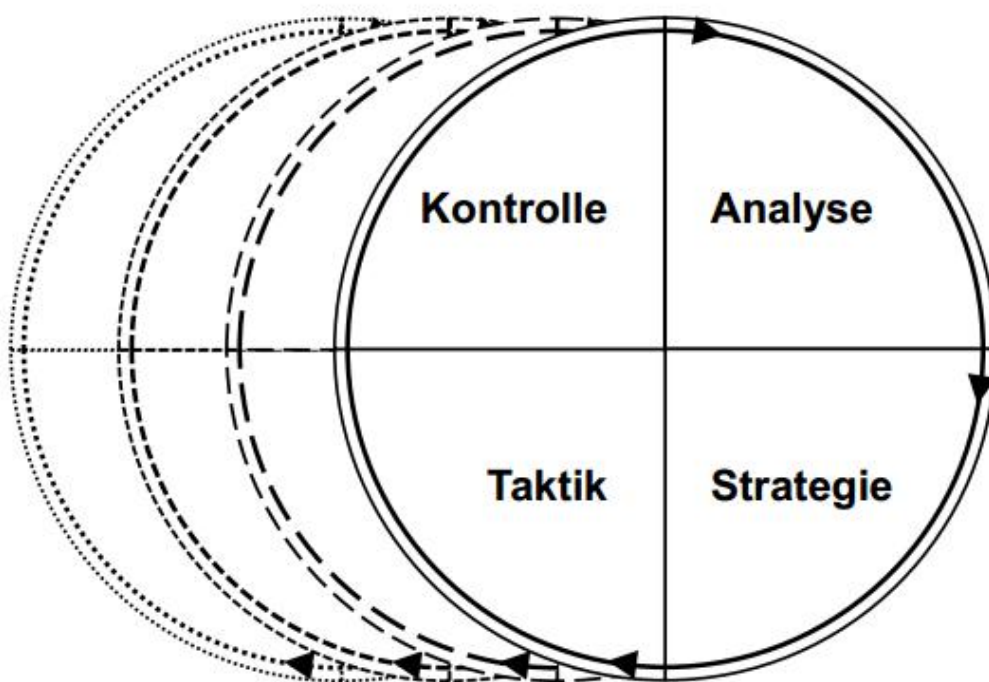


Abbildung 11: Konzeption
(Quelle: Kreyher 2016, 39)

Die Analyse ist der erste Schritt eines neuen Konzeptes. Hierbei kann beispielweise analysiert werden, welche Konzepte in dem Bereich bestehen und wie erfolgreich diese sind.

Anhand von Studien oder Befragungen können Informationen beschafft werden und als Basis für das Konzept dienen. Als nächstes folgen die Strategie und die Taktik. Ziele und Leitlinien werden zunächst definiert. Operative Maßnahmen für die Umsetzung der Strategie werden durch die Taktik vorgenommen. Diese werden in der letzten Phase zielgerichtet umgesetzt. Durch die Kontrolle des Konzeptes kann jederzeit in das Geschehen eingegriffen werden und Fehler behoben werden (vgl. Kreyher 2016, 39)

Innovative Konzepte für Demenzerkrankte können sehr entlastend und unterstützend für Angehörige und vor allem für Pflegekräfte sein. Dem steht allerdings entgegen, dass Konzepte des Öfteren nicht korrekt ausgeführt oder auch nicht richtig durchdacht werden. Verallgemeinernd lässt sich festhalten, dass kein noch so innovatives Konzept das individuelle Angebot für den einzelnen Menschen selbst ersetzen kann (vgl. Offensive Gesund Pflegen 2015, 14).

Ein Konzept, das häufig in Alten- und Pflegeheimen bei der Pflege von Demenzkranken verwendet wird, ist der Einsatz von Scheinelementen. Ein solches Scheinelement ist z. B. die Scheinbushaltestelle, die in Deutschland in einigen stationären Einrichtungen vertreten ist. Es handelt sich dabei um eine scheinbar normale Haltestelle mit Sitzbank, einem Fahrplan und einem Haltestellenschild, die vor dem Heim oder sogar in der Einrichtung selbst platziert wird. Durch die Haltestelle wird zum einen die Gefahr reduziert, dass sich Demenzerkrankte außerhalb der Einrichtung verlaufen, und zum anderen wird die Hinlauftendenz etwas gesenkt. Durch die kognitive Störung ist das Kurzzeitgedächtnis so stark gestört, dass demente Personen nach kurzer Zeit an der Haltestelle oft vergessen, wohin sie wollten. Im Gegensatz hierzu vertritt der medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) die Auffassung, dass der kranke Mensch durch dieses Vorgehen eher nervös wird, da der Bus nicht kommt. Darüber hinaus kritisiert der MDS dieses Konzept insofern, als er der Ansicht ist, dass durch die Haltestelle die Menschen nicht ernst genommen werden (vgl. Brüggemann Brucker/Eben 2009, 82). In diesem Zusammenhang kann erneut auf die bereits erläuterte Validation hingewiesen werden. Die Tatsache, dass bei dieser die Würde des kranken Menschen im Vordergrund steht, könnte dem Aufstellen einer Haltestelle widersprechen (vgl. Kapitel 5.4).

6.3 Konzepte im Alten- und Pflegeheim anhand des Praxisbeispiels der Senioren-Residenz Uelzen

Im Jahr 2014 führte die Senioren-Residenz Uelzen ein innovatives Konzept in Deutschland ein. In Kooperation mit der Deutschen Bahn wurde ein komplettes Zugabteil in das Alten- und Pflegeheim eingebaut. Orientierung für das Projekt gab ein Altenheim in den Niederlanden. Das Abteil besteht aus sechs Sitzplätzen und ist mit einer typischen Einrichtung aus früheren Jahren ausgestattet. Statt des Fensters ist ein Fernseher installiert, auf dem Bilder von Landschaften abgespielt werden. Das Zugabteil soll den Alltag in dem Alten- und Pflegeheim erfrischen und zudem als erfolgreiche therapeutische Behandlung dienen. Ein weiterer ausschlaggebender Grund für das Projekt war der Aspekt, dass die Einrichtung nicht geschlossen ist und damit der Hinlauftendenz, die für Demenzerkrankte ein großes Problem darstellt, entgegengewirkt werden sollte (vgl. Agah, Ergotherapeutin der Seniorenresidenz Uelzen, Telefonat am 18.05.2017).

Früher wurde die Hinlauftendenz als „Weglauftendenz“ bezeichnet, was jedoch zunehmend kritisch betrachtet wurde. Menschen mit Demenz wollen nicht beispielsweise aus einer Einrichtung weglaufen, sondern sie möchten zu einem bestimmten Ort hinlaufen (vgl. Gust 2010).

Die Demenzerkrankten haben ein bestimmtes Ziel, das sie zu verfolgen versuchen, wie z. B. ihre Eltern oder Freunde zu besuchen. Unter der Berücksichtigung dieses Aspekts wird deutlich, dass das Verhältnis der Betroffenen zu Zeit, Orientierung und Ort sehr gestört ist. Wenn sich nun ein Heimbewohner in das Zugabteil setzt, wird der Drang „wegzugehen“ befriedigt, da der Gedanke des Unterwegsseins besteht. Hierdurch wird das Vorhaben, irgendwohin zu laufen, vergessen (vgl. Buijssen 1994, 93-94).

Ein ähnliches Konzept gibt es auch in Schweden, dieses wurde jedoch stark kritisiert. Die Kritiker des Konzeptes vertreten die Meinung, dass den Bewohnern etwas vorgemacht wird und sie angelogen werden. Sie sehen auch die Gefahr, dass die Bewohner das Konzept durchschauen und die Täuschung daraufhin als Vertrauensbruch betrachten. Darüber hinaus werden nach Ansicht der Kritiker die Bewohner auf diese Weise ruhiggestellt, um die Pflegekräfte zu entlasten (vgl. Staack/Gust 2015, 133).

Im Gegensatz hierzu vertritt Buijssen die Auffassung, dass durch eine Auseinandersetzung der Betroffenen mit der Wirklichkeit nur überflüssiger Schmerz verursacht wird. Beispielsweise wenn den Demenzerkrankten die Tatsache offenbart wird, dass die Eltern bereits vor

langer Zeit verstorben sind. Dies stellt für Buijssen nur eine große Belastung für die Erkrankten dar. Des Weiteren kann die „Zugfahrt“ als Methode der Ablenkung gezählt werden, und diese ist nach Buijssen moralisch verantwortbar (vgl. Buijssen 1994, 94).

Das Zugabteil wird außerdem für therapeutische Maßnahmen genutzt. Pflegende, Psychologen wie auch Ergotherapeuten führen in diesem Abteil Gespräche durch. Diese Gespräche finden getrennt von nicht dementen Menschen statt, da diese oft das Verhalten der Demenzerkrankten nicht nachvollziehen können. Neben den Gesprächen werden auch Lieder aus der Vergangenheit gesungen, da durch Lieder und Gespräche gezielt Erinnerungen hervorgerufen werden sollen. Ebenso kommen während der Behandlungen im Zugabteil positive Gefühle bei den Erkrankten hoch (vgl. Agah, F, Ergotherapeutin der Seniorenresidenz Uelzen, Telefonat am 18.05.2017).

Der Aspekt, dass dieses Konzept vor allem der Entlastung der Pflegekräfte dient, ist insofern nicht stichhaltig, als es durch therapeutische Maßnahmen begleitet wird.

Des Weiteren spielt die Nahrungsaufnahme bei Demenzerkrankten eine große Rolle, da diese von vielen Erkrankten im Laufe der Demenz abgelehnt oder verlernt wird (vgl. Gutzmann/Steenweg 2011, 292-293). Weitere Gründe für eine Nichtaufnahme der Nahrung sind somatische Hintergründe, wie *Helicobacter-pylori*-Besiedelungen der Magenschleimhaut oder Nebenwirkungen der medikamentösen Demenztherapie (vgl. Kratz 2011, 409). Da viele Menschen noch aus der Vergangenheit Zugfahrten mit Nahrungsaufnahme in Verbindung bringen, werden den Bewohnern im Zugabteil geschmierte Brote zur Verfügung gestellt. Die Demenzerkrankten erinnern sich an ihre Vergangenheit, assoziieren mit der Zugfahrt eine Nahrungsaufnahme und verzehren daher die Brote.

7 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für neue Konzepte in Bezug auf die Demenzerkrankung in Alten- und Pflegeheimen

Die Erkrankung Demenz wird in Zukunft in stationären Einrichtungen immer weiter in den Vordergrund rücken. Da es durch den demografischen Wandel in Deutschland immer mehr alte Menschen gibt und die Zahl der Pflegebedürftigen ebenfalls zunimmt, wird der stationäre Sektor wachsen. Unter Berücksichtigung dieses Aspekts müssen sich die stationären Einrichtungen Konzepte überlegen, die auf die Demenzerkrankten ausgelegt sind, um den auf sie zukommenden Herausforderungen gewachsen zu sein.

In dieser Arbeit, wurde gezeigt, wie stark die Demenzerkrankung und die daraus resultierende Anzahl der Pflegebedürftigen mit dem demografischen Wandel in Verbindung stehen. Ebenso wurde in der Arbeit auf die Demenz eingegangen, um alle Zusammenhänge deutlich aufzuzeigen. Des Weiteren wurden die heutigen Behandlungsmöglichkeiten und die sozialen Ansätze im Hinblick auf die Demenzerkrankung im stationären Bereich erläutert. Ebenso wurde die Versorgungsproblematik verdeutlicht, die durch die Symptomatik der Demenz und den Fachkräftemangel ausgelöst wird. Anhand eines Praxisbeispiels wurde gezeigt, wie erfolgreich neue Konzepte in stationären Einrichtungen eingeführt werden können.

Die nachfolgenden Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen können von stationären Einrichtungen als Orientierung für die Entwicklung und Verwendung von Konzepten genutzt werden. Für ein positives Konzept in Alten- und Pflegeheimen können folgende Handlungsempfehlungen gegeben werden:

Aneignen von fundamentalem Grundwissen über die Krankheit Demenz

Bevor ein Konzept entwickelt oder umgesetzt werden kann, müssen die Mitarbeiter geschult werden, um eine hohe fachliche Qualifikation zum Thema Demenz zu erlangen. Auf diesem Wissen aufbauend kann eine stationäre Einrichtung entweder ein Wohnkonzept oder ein therapeutisches Konzept einführen. Die Krankheit Demenz ist durch ihre Symptomatik und ihren Verlauf sehr komplex und schwer zu durchschauen. Umso wichtiger ist es, dass die Demenzerkrankten von verständnisvollem Personal gepflegt werden.

Werteorientiertes Handeln - der Mensch steht im Vordergrund

Wie die vorliegende Arbeit gezeigt hat, ist die soziale Betreuung von Demenzkranken fundamental. Ein gutes Konzept sollte daher auf einer sozialen Basis entwickelt werden. Darüber hinaus muss die stationäre Einrichtung Werte nach innen und nach außen vermitteln. Das Konzept sollte beispielsweise auf Basis der Validation oder dem person-zentrierten Ansatz gestaltet werden. Demente Menschen nehmen sogar noch im späten Stadium der Erkrankung alle Gefühle wahr, weshalb ein Konzept auf einer wertschätzenden und verständnisvollen Grundlage bestehen sollte.

Öffentlichmachung des Themas Demenz inklusive Wissensvermittlung

Durch die epidemiologischen Zahlen wird deutlich, dass die Krankheit Demenz nicht nur häufig ist, sondern dass sie jeden Menschen im nahen Umfeld treffen kann. Aus diesem Grund sollten Einrichtungen Informationsveranstaltungen organisieren, um das Thema nicht nur oberflächlich darzustellen, sondern auch zu vertiefen. Wenn es gelingt, die Demenz und die Versorgungsproblematik im stationären Bereich intensiv in der Öffentlichkeit zu diskutieren, machen sich die Menschen mehr Gedanken über diese unheilbare Krankheit und es können neue Konzepte entwickelt werden.

Beachtung von Standards

Nicht nur die soziale Betreuung der Betroffenen spielt eine große Rolle, auch die Ausstattung eines Alten- und Pflegeheims sollte demenzgerecht gestaltet werden. In erster Linie muss eine stationäre Einrichtung barrierefrei sein, doch um den Demenzerkrankten die bestmögliche Versorgung zu bieten, sollte zudem eine demenzgerechte Architektur vorhanden sein. Die Ausstattung der Zimmer oder spezieller Räumlichkeiten sollte bei der Demenzbetreuung beachtet werden. Ebenso ist es wichtig, dass der demente Mensch sich wohlfühlt und ihn nichts an ein Krankenhaus erinnert, denn dann könnte der Hinlaufdrang nach Hause noch stärker werden. Wie im Praxisbeispiel gezeigt, können neue Konzepte zum Einsatz kommen, wie auch das beschriebene Zugabteil. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass solche Konzepte durchdacht sind und durch Fachpersonal begleitet werden. Es bleibt anzumerken, dass eine geschlossene Umgebung wichtig ist, um die Demenzerkrankten zu schützen.

Zusammenbringen von verschiedenen Nennern

Der Verfasser dieser Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass ein gutes Konzept durch einen Mix aus verschiedenen Methoden entsteht. Zum einen kann mit Medikamenten das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt werden, hier sind jedoch die Dosis und die Nebenwirkungen zu beachten. Zum anderen ist die soziale Betreuung ein fundamentales Thema und sollte als Grundlage des Konzeptes genutzt werden. In allen Fällen muss der demente Mensch im Vordergrund stehen und sich wohlfühlen. Neben diesen Aspekten ist auf die Umgebung des Demenzerkrankten zu achten, und Schutzmaßnahmen sowie Heimarchitektur sind dem dementen Menschen anzupassen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die zusammengefassten Handlungsempfehlungen, für Alten- und Pflegeheime. Bei der Entwicklung neuer Konzepte im Hinblick auf die Demenz im stationären Bereich, könnten diese Handlungsempfehlungen hilfreich sein.



Abbildung 12: Handlungsempfehlungen für Demenzkonzepte
(Quelle: Eigene Darstellung)

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Alzheimer Europe (2009): Treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia. [www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Diagnosis-and-treatment-of-dementia/Treatment-for-behavioural-and-psychological-symptoms-of-dementia/\(language\)/eng-GB#fragment8](http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Diagnosis-and-treatment-of-dementia/Treatment-for-behavioural-and-psychological-symptoms-of-dementia/(language)/eng-GB#fragment8) (04.04.2017).
- Bickel, Horst (2016): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (21.04.2017).
- Borsi, Gabriele/Schröck, Ruth (1995): Pflegemanagement im Wandel. Perspektiven und Kontroversen. Berlin Heidelberg.
- Bowlby, John (2006): Bindung und Verlust. München.
- Brüggemann, Jürgen/ Brucker, Uwe/Eben, Ernst (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. www.mdk.de/media/pdf/Grundsatzst-Demenz.pdf (09.04.2017).
- Brinkmann, Carsten (2009): Übernahmekampf um die Alten. www.faz.net/aktuell/wirtschaft/immobilien/planen/altenheime-uebernahmekampf-um-die-alten-1774106.html (01.04.2017).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.J.): Tipps für Angehörige und Betreuer. www.wegweiser-demenz.de/informationen/alltag-mit-demenzerkrankung/tipps-fuer-angehoerige.html (12.04.2017).
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Pflegestärkungsgesetz. www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684 (23.04.2017).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017): Pflegewirtschaft. www.bmwi.de/Redaktion/DE/Artikel/Branchenfokus/Wirtschaft/branchenfokuspflegewirtschaft.html (21.03.2017).
- Buijssen, Huub (1994): Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten. Weinheim.
- Denzler, Petra/Markowitsch, Hans/Frölich, Lutz (1989): Demenz im Alter: Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. Weinheim.

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016): Die nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/in-foblatt6_nichtmedikamentoese_behandlung.pdf (29.03.2017).
- Deutscher Pflegering (o.J.): Glossar: Träger von Pflegeheimen. www.pflegering.de/glossar/traeger/ (23.04.2017).
- Döbele, Martina/Schmidt, Simone (2014): Demenzbegleiter für Betroffene und Angehörige. Informationen und Hilfen für den Alltag. Berlin Heidelberg.
- Dykierek, Petra (1998): Multimodale Diagnostik bei Alzheimer-Demenz und Altersdepression. Regensburg.
- Förstl, Hans/Kurz, Alexander/Hartmann, Tobias (2011): Alzheimer Demenz. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3 Aufl. Berlin Heidelberg.
- Förstl, Hans/Lang, Christoph (2011): Was ist Demenz?. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3 Aufl. Berlin Heidelberg.
- Förtschl, Bettina/Förstl, Hans/ Gratzl-Pabst, Eva (2001): Sozialpädagogische Hilfen. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3 Aufl. Berlin Heidelberg.
- Gatterer, Gerald/Croy, Antonia (2007): Psychotherapie im Alter- Ein Überblick. In: Gatterer, Gerald (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. 2 Aufl. Wien.
- Grond, Erich (2005): Pflege Demenzkranker. 3 Aufl. Hannover.
- Gust, Josef (2010): Weggelaufen? Nein hingelaufen!. www.wegweiser-demenz.de/weblog-und-forum/weblog/gust-jochen/beitrag-jochen-gust.html (02.05.2017).
- Gutzmann, Hans/Steenweg, Lydia (2011): Rationelle Beratung. In: Först, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3 Aufl. Berlin Heidelberg.
- Heeg, Sibylle/ Bäuerle, Katharina (2012): Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau-Beispiele und Nutzungserfahrungen. Frankfurt am Main.
- Heiden/Meyrahn/Schweitzer (2012): Bauwirtschaft durchsteigenden Bedarf an stationären und ambulanten Altenpflegeplätzen. www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/demografischer-wandel-auswirkungen-auf-die-bauwirtschaft-durch-steigenden-bedarf-an-stationaeren-und-ambulanten-altenpflegeplaetzen.pdf?blob=publicationFile&v=7 (11.04.2017).

- Jahn, Thomas/Werheid, Katja (2015): Demenzen: Fortschritte der Neuropsychologie. 15. Aufl. Göttingen.
- Kastner, Ulrich/Löbach, Rita (2007): Handbuch Demenz. Frankfurt am Main.
- Kessler, Josef/Mielke, Rüdiger (1994): Alzheimersche Erkrankung und andere Demenzen. Göttingen.
- Kitwood, Tom (2005): Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 4 Aufl. Bern.
- Kleina, Thomas/Wingenfeld, Klaus (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. www.uni-bi.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf (03.05.2017).
- Klie, Thomas/Stascheit, Ulrich (2007): Gesetzte für Pflegeberufe. 10 Aufl. Baden-Baden
- Kojer, Marina/Schmidl, Martina/Zsifkovics (2007): Die multidisziplinäre Betreuung schwerstkranker und sterbender alter Menschen. In: Gatterer, Gerald (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. 2 Aufl. Wien.
- Kratz, Torsten (2011): Konsil- und Liaisonpsychiatrie bei Demenz. In: Först, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3 Aufl. Berlin Heidelberg.
- Kreyher, Volker (2001): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing: Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg.
- Kreyher, Volker (2016): Vorlesungsskript Kommunikationsmanagement. Mannheim.
- Kurz, Alexander/Freter, Hans-Jürgen/Saxl, Sasanna (2017): Demenz. Das Wichtigste. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.v. (Hrsg.): Ratgeber für Angehörige und Profis. 4 Aufl. Berlin.
- Lejeune, Constanze/Romeu Gordo, Laura/Simonson, Julia (2017): Einkommen und Armut in Deutschland: Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung. In: Mahne, Katharina/Wolff, Julia Katharina/Simonson, Julia (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey. Wiesbaden.
- Lücke Janine/Kattenbach, Ralph/Schramm, Florian (2013): Altersmanagement in Südkorea und Deutschland. In: Göke, Michael/Heupel, Thomas (Hrsg.): Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels: Herausforderungen und Lösungsansätze. Wiesbaden.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2015): Erfassung von Lebensqualität bei Demenz. www.demenz-sh.de/wp-content/uploads/2016/07/kimmel.pdf (12.04.2017).

- Memmicken, Roman/Augurzky, Boris (2013): Der demografische Wandel und die Pflege- Die Herausforderung der Zukunft. In: Göke, Michael/Heupel, Thomas (Hrsg.): Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels: Herausforderungen und Lösungsansätze. Wiesbaden.
- OECD (2013): Gesundheitsbericht: Hohe Behandlungszahlen und demografischer Wandel stellen deutsches Gesundheitssystem vor Herausforderung. www.oecd.org/berlin/presse/gesundheit-deutschland-2013.htm (21.04.2017).
- Offensive Gesund Pflegen (2015): Die andere Welt erkennen. Erfolgreiche Konzepte für die Pflege Demenzkranker. www.inqa.de/Shared-Docs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh5-demenz.pdf?__blob=publicationFile (12.04.2017).
- Pompe, Hans-Georg (2013): Marktmacht 50 plus. 3 Aufl. Wiesbaden.
- Pötzsch, Olga/Rößger, Felix (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile (12.04.2017).
- Reiners, Hartmut (2015): Steuerung der medizinischen Versorgung und Ideologien: Zur politischen Ökonomie des Gesundheitswesens. In: Thielscher, Christian (Hrsg.): Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung. 2 Aufl. Wiesbaden.
- Reisberg, Barry (1986): Hirnleistungsstörungen: Alzheimersche Krankheit und Demenz. 2. Aufl. Weinheim.
- Schmidtke, Klaus/Otto, Markus (2012): Alzheimer-Demenz. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. Referenz-Reihe Neurologie. 2 Aufl. Stuttgart.
- Sonntag, Katja (2014): Grundlagen: Demenzen und Pflegebedürftigkeit. In: Sonntag, Katja/von Reibnitz, Christine (Hrsg.): Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz. Praxishandbuch und Entscheidungshilfe. Berlin Heidelberg.
- Staack, Swen/Gust, Jochen (2015): Leben statt therapeutische Akrobatik. Nichtmedikamentöse Demenztherapien- wissen, was wirkt. Hannover.
- Statista (2017): Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zum Jahresende 2015 nach Art der Versorgung und Pflegestufe. de.statista.com/statistik/daten/studie/2726/umfrage/pflegebeduerftige-nach-art-der-versorgung-und-pflegestufe/ (28.03.2017).

- Statista (2017): Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2015 (in 1.000). de.statista.com/statistik/daten/studie/2722/umfrage/pflegebeduerftige-in-deutschland-seit-1999/ (22.04.2017).
- Statista (2017): Pflegestatistik. de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/ (22.04.2017).
- Statista (2017): Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nach Altersgruppen in den Jahren von 2013 bis 2060 (in Millionen). de.statista.com/statistik/daten/studie/702412/umfrage/demographie-bevoelkerungsentwicklung-in-deutschland-nach-altersgruppen/ (12.05.2017).
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile (24.05.2017).
- Staudinger, Charlotte/Rosenberger-Spitz, Angelika/Gatterer, Gerald (2007): Organisationsstrukturen der Altenbetreuung im Wandel. In: Gatterer, Gerald (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. 2. Aufl. Wien.
- Stoffers, Tabea (2016): Demenz erleben. Innen- und Außenansicht einer vielschichtigen Erkrankung. Wiesbaden.
- Stoppe, Gabriela (2007): Demenz. Diagnostik-Bearbeitung-Therapie. 2. Aufl. München.
- Tegtmeier, Uwe/Schran, Paul (2015): Pflege und Pflegemanagement. In: Thielscher, Christian (Hrsg.): Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung. 2. Aufl. Wiesbaden.
- Trautner, Hanns Martin (1992): Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. 2. Aufl. Göttingen.
- US National Library of Medicine National Institutes of Health (2013): Study of the use of antidepressants for depression in dementia. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23438937 (23.04.2017).
- Walter, Norbert (2013): Europa schrumpft und altert – oder besser: Hurra, wir werden älter!. In: Göke, Michael/Heupel, Thomas (Hrsg.): Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels: Herausforderungen und Lösungsansätze. Wiesbaden.
- Whitehouse, Peter J. (2001): Quality of life in dementia: State of the art – Report of the International Working Group for Harmonisation of Dementia Drug Guidelines and the Alzheimer's Society Satellite Meeting.

- Wendelstein, Britta (2016): Gesprochene Sprache im Vorfeld der Alzheimer- Demenz. Linguistische Analysen im Verlauf von präklinischen Stadien bis zur leichten Demenz. Heidelberg.
- Weyerer, Siegfried (2005): Altersdemenz. In: Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. e-doc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M_43.pdf (01.05.2017).
- Weyerer, Siegfried/Bickel, Horst (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart.
- Wojnar, Jan (2007): Die Welt der Demenzkranken: Leben im Augenblick. Hannover.
- Wojnar, Jan (o.J.): Lebensqualität Demenzkranker und betreuender Angehöriger. Lebensqualität Demenzkranker und betreuender Angehöriger (01.05.2017).
- Wolter, Dirk K. (o.J.): Neuroleptika für Demenzkranke. Risiken und zulassungsüberschreitende Anwendung. www.mabuse-verlag.de/Downloads/1596/180_Wolter_Neuroleptika-fuer-Demenzkranke.pdf (12.04.2017).
- Zaudig, Michael (1995): Demenzen und leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. Diagnostik, Früherkennung und Therapie. Bern.
- World Health Organization (2017): Dementia. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/ (20.05.2017).
- Zaudig, Michael (2011): Leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. In: Först, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3 Aufl. Berlin Heidelberg.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname